

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Factores percibidos en niños para la remisión de síntomas  
del trastorno de fobia específica**

**Proyecto de investigación**

**María Alejandra Sánchez Torres**

**Psicología Clínica**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de  
Psicología Clínica

Quito, 01 de diciembre de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Factores percibidos en niños para la remisión de síntomas del trastorno de  
fobia específica**

**María Alejandra Sánchez Torres**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Esteban Utreras, Ph.D.

Firma del profesor

---

Quito, 01 de diciembre de 2017

### **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: María Alejandra Sánchez Torres

Código: 00111258

Cédula de Identidad: 1803447729

Lugar y fecha: Quito, 01 de diciembre de 2017

## RESUMEN

**Antecedentes:** Las fobias específicas son un tipo de trastorno de ansiedad que se puede manifestar en la infancia y se caracteriza por un temor o ansiedad intenso hacia cierta situación u objeto específico (American Psychiatric Association, 2013). Debido a que la fobia específica es un trastorno crónico y persistente en el tiempo puede llegar a interferir significativamente en el funcionamiento del infante y en varias áreas de su desarrollo (Muris, Merckelbach, de Jong, & Ollendick, 2002). Por lo cual, en esta investigación se busca identificar los factores que han sido percibidos en infantes de 9 a 12 años de edad para la remisión de síntomas por el periodo de un año o más. Se explorara diversos tipos de intervenciones tanto formales como alternativas que influyeron a remitir los síntomas de la fobia específica en los niños. **Metodología:** la muestra consistió en ocho infantes de 9 a 12 años de edad que fueron reclutados de cinco colegios privados de la ciudad de Quito. Los infantes tenían remisión de síntomas del trastorno de fobia específica por un año o más. A los participantes se les administro una entrevista semi-estructurada de diecinueve preguntas con el fin de identificar los factores de éxito percibidos para la recuperación de los individuos. **Resultados:** los resultados esperados basándose en la revisión de la literatura es que los factores percibidos como exitosos son las intervenciones basadas en la exposición y existe un mayor grado de remisión si a esto se le aumenta una intervención cognitiva que impacte sobre los pensamientos distorsionados de los infantes. **Conclusiones:** La exposición ya sea in vivo o imaginaria es la intervención con mayor aceptación y efectividad para el trastorno de fobia específica en infantes.

**Palabras clave:** Fobia específica, trastornos de ansiedad, terapia cognitiva-conductual, exposición, infantes, factores de éxito.

## ABSTRACT

**Background:** Specific phobias are a type of anxiety disorder that can manifest in childhood and is characterized by intense fear or anxiety to a specific situation or object (American Psychiatric Association, 2013). Because specific phobia is a chronic and persistent disorder over time, it can interfere with the functioning of the infant and in several areas of its development (Muris, Merckelbach, de Jong and Ollendick, 2002). Therefore, this research seeks to identify the factors that have been perceived in infants from 9 to 12 years for the remission of symptoms for a period of one year or more. It will explore different types of interventions, either formal or alternative ways that influenced in the remission of symptoms of specific phobia in children. **Methodology:** the sample consisted of eight infants from 9 to 12 years who were recruited from five private schools from Quito. Infants have remission of specific phobia disorder symptoms for one year or more. The participants were given a semi-structured interview that consists on nineteen questions in order to identify the factors of success perceived for the recovery of the participants. **Results:** the expected results in the review of the literature are the factors that are perceived as successful are the interventions that include exposition to the fearful stimuli and that there is a greater degree of remission if a cognitive intervention in added so it impacts on the distorted thoughts of the infants. **Conclusions:** Exposure, either in vivo or imagined, is the intervention with the greatest acceptance and effectiveness for the specific phobia disorder in infants.

**Key words:** Specific phobia, anxiety disorders, cognitive-behavioral therapy, exposure, infants, and success factors.

## **TABLA DE CONTENIDO**

Introducción.....	7
Revisión de literatura.....	15
Metodología y Diseño de la investigación .....	53
Resultados esperados.....	62
Discusión.....	65
Bibliografía.....	70
ANEXO A: Solicitud para aprobación del estudio.....	75
ANEXO B: Formulario de consentimiento informado.....	79
ANEXO C: Carta para reclutamiento de participantes.....	82
ANEXO D: Anuncio para reclutamiento de participantes.....	83
ANEXO E: Herramientas para levantamiento de información.....	84

## INTRODUCCIÓN

El miedo y la ansiedad son normales en los niños y todos lo han sentido alguna vez, sin embargo, esto se convierte en un problema cuando son excesivos, intensos, crónicos y no son típicos para la edad de desarrollo en la cual está el infante causando una dificultad en la adaptación y el funcionamiento adecuado para su edad (Waters, Schilpzand, Bell, Walker & Baber, 2013). Un tipo de trastorno de ansiedad que se da en la infancia son las fobias específicas que se las define como un miedo o ansiedad intensa hacia un objeto o situación específica. En los niños este temor puede verse manifestado de distintas formas como la evitación hacia el estímulo, el llanto, berrinches, quedarse paralizados o aferrarse a sus figuras de apego (American Psychiatric Association, 2013). Los niños con fobias específicas debido a sus pensamientos catastróficos sobre la situación u objeto al cual se enfoca su temor o ansiedad tienen una angustia extrema que interfiere con su funcionamiento. Así mismo, se pueden mostrar aprehensivos e hiper vigilantes ante los estímulos temidos. La intensidad del miedo puede llegar a causar una interferencia significativa en el desarrollo de los infantes ya que no todos los estímulos fóbicos se los puede evitar, por lo tanto, el niño se puede mostrar agresivo y oposicional para evitar el estímulo (Mash & Barkley, 2003). En la actualidad, se ha encontrado que los desórdenes de ansiedad son los más comunes en la etapa de la infancia y que a pesar de que la prevalencia de las fobias específicas en niños varía dependiendo de las culturas, etnias y países, en general, existe una prevalencia de aproximadamente de 2.6% a 9.1% (Bouchard, 2011).

Por otra parte, se ha encontrado que los trastornos de ansiedad incluyendo las fobias específicas cuando aparecen en la infancia y no son identificadas y tratadas

correctamente pueden causar fracaso escolar, desarrollo de abuso de sustancias, problemas de conductuales, incrementar el riesgo de otros desordenes psicológicos y resultan en un mayor deterioro funcional. También se ha observado que existe comorbidad entre las fobias específicas, depresión, fobia social, agorafobia, ansiedad por separación y síntomas somáticos; no obstante, en la mayoría de los casos este problema no es detectado ni tratado (Connolly, Suarez & Sylvester, 2011).

Por lo expuesto anteriormente, el objetivo del presente estudio es explorar los factores percibidos por niños ecuatorianos de 9 a 12 años de edad para la remisión de síntomas por el periodo de 1 año del desorden de fobias específicas. Se busca indagar sobre las terapias tanto formales como alternativas que para los infantes ayudaron a remitir los síntomas de la patología. Se considera importante conocer la perspectiva de los infantes acerca de cuáles fueron los factores que contribuyeron para la remisión de síntomas ya que las fobias específicas son un desorden que se han visto presente en los niños a nivel mundial e influye en su desarrollo. Desde hace varios años se han investigado distintas técnicas y terapias para tratar las fobias específicas en infantes y actualmente, se ha observado que existen varias herramientas y terapias que han sido utilizadas y que han tenido efectividad para la remisión de síntomas de las fobias específicas. Así mismo, se ha observado que factores protectores como el soporte social, la satisfacción de vida y la autoeficacia influyen en la remisión de síntomas. Se dice que existe remisión cuando algún factor o las intervenciones resultan en la eliminación de los síntomas del trastorno (Trumpf, Becker, Vriends, Meyer & Margraf, 2009). Sin embargo, en Ecuador no se han encontrado investigaciones acerca de intervenciones psicoterapéuticas o terapias alternativas que se han aplicado en infantes para tratar las



fobias específicas a pesar de los problemas que se pueden presentar. Así mismo, los estudios se han enfocado principalmente en investigar la efectividad de las intervenciones desde una perspectiva externa y no se ha explorado acerca de los factores que los niños han percibido que les ayudaron para la remisión de síntomas del trastorno.

A continuación, se presentara un estudio para explorar los factores percibidos en niños ecuatorianos de 9 a 12 años de edad para la remisión de síntomas del desorden de fobias específicas.

## **Antecedentes**

### **Fobias Específicas en la infancia: Una breve reseña.**

Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia son los que tienen mayor prevalencia de las psicopatologías a estas edades afectando aproximadamente del 10 al 20% de los niños y adolescentes en algún momento de estas etapas (Abbo, Kinyanda, Kizza, Levin, Ndyabangi, & Stein, 2013). Las fobias específicas se encuentran dentro de estos desordenes de ansiedad que afectan en la infancia y se caracteriza por un miedo o ansiedad intenso, marcado e irrazonable por algún objeto o situación específica (Capriola, Booker, & Ollendick, 2016). Como se mencionó anteriormente tener miedo a ciertas cosas es algo natural en los niños pero la mayoría de estos temores duran poco tiempo y no causan mayor dificultad en la funcionalidad del individuo. No obstante, cuando un infante tiene un miedo o ansiedad que es persistente en el tiempo, crónico, con intensidad alta, no va de acuerdo con la etapa de desarrollo en que se encuentra y se vuelve invalidante interfiriendo con el funcionamiento del niño se debe considerar un posible diagnóstico para fobia específica (Muris, Merckelbach, de Jong, & Ollendick, 2002). Los datos muestran que la prevalencia de las fobias específicas en niños es de

aproximadamente 2,6% a 9,1%. Los estudios indican que en Estados Unidos alrededor de 350.000 niños y adolescentes padecen de fobias específicas que son clínicamente significativas (Bouchard, 2011). Debido a que este desorden varía a lo largo de las distintas culturas se ha encontrado que en Nueva Zelanda existe una prevalencia de 2.4% a 3.6%, en Suiza 2.6% y 3.5% en Alemania (Kim, et. al. 2010). Así mismo, en otro estudio se encontró una prevalencia de 2.5% en niños nigerianos, 7.5% en Qatar, 7.9% en Corea y en Estados Unidos se encontró la mayor prevalencia de fobias específicas en la infancia con un porcentaje de 9.1% (Zarafshan, Mohammadi, & Salmanian, 2015). Por otra parte, de Ecuador y Latinoamérica existen muy pocos datos de la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia incluyendo fobias específicas, no obstante, estudios han encontrado que la prevalencia de trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia en Latinoamérica es de 13% (Gómez-Restrepo, 2005). En estudios comparativos de infantes se observó que los latinos tienen un mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad en comparación con niños no latinos que viven en Estados Unidos (Duarte, Hoven, Berganza, Bordin, Bird, & Miranda, 2004). El porcentaje de fobias específicas en niños en Puerto Rico es de 2.6% y en Chile de 6,5%, se podría decir que estas culturas son las más parecidas a la ecuatoriana de las cuales existen datos sobre el trastorno (Kim, et. al. 2010). Igualmente, los estudios han encontrado que más infantes mujeres que hombres cumplen con los criterios necesarios para un diagnóstico de fobia específica (Mash & Barkley, 2003). A través de estos datos se puede observar que los trastornos de ansiedad en la infancia como las fobias específicas tienen un porcentaje considerable y que muchas veces éstos no son tratados ni diagnosticados lo cual puede resultar en problemas en el funcionamiento y desarrollo del infante.

Actualmente, existen diversas opciones de intervención que han sido estudiadas para tratar los síntomas de las fobias específicas en la infancia. Lo que se ha investigado en mayor medida y se ha observado que tiene una alta eficacia, es la terapia cognitiva conductual que utiliza la exposición al estímulo fóbico ya sea en vivo, imaginaria o usando realidad virtual. Por otra parte, existen otro tipo de intervenciones que han sido estudiadas como la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular, la práctica de mindfulness y la relajación muscular progresiva. Así mismo, como se mencionó antes el hecho de que el infante tenga factores de protección influye en la remisión de síntomas (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2008). Por otra parte, al analizar la situación en el Ecuador se ha visto que se usan diversas técnicas para tratar los desórdenes psicológicos tanto en adultos como niños. Las técnicas que se utilizan son muy variadas, en cuanto a intervenciones alternativas a la psicoterapia se usan curaciones indígenas con métodos ancestrales, chamanes, plantas medicinales, homeopatía, acupuntura y la bioenergética (Cruz, Jenkins, Townsend, & Silverberg, 2008). Con respecto a psicoterapias en Ecuador se utilizan diferentes enfoques como el humanismo, psicoanálisis, conductismo, la hipnosis, entre otros. En los hospitales y clínicas de salud mental del Ecuador se ha observado que se utiliza la farmacología, la desensibilización y el reprocesamiento de los movimientos oculares, la constelación familiar y el arte terapia (Smith & Valarezo, 2013).

## **Problema**

Existe un porcentaje alto de desórdenes psicológicos en niños, en Latinoamérica la prevalencia es de 15 a 20% (Duarte, Hoven, Berganza, Bordin, Bird & Miranda, 2004). Así mismo, como ya se indicó anteriormente, los trastornos de ansiedad son los más comunes en la infancia, dentro de estos trastornos se encuentran las fobias específicas que afectan a un porcentaje significativo de niños. Este trastorno está asociado con un deterioro en el funcionamiento psicosocial del infante y si no se trata adecuadamente puede desencadenar otros problemas psicológicos (Creswell, Murray & Cooper, 2014). La edad de aparición del trastorno en la infancia varía dependiendo del tipo de fobia pero se ha observado que la edad promedio de aparición es a los 8 años (Mash & Barkley, 2003). Igualmente, los estudios indican que el curso de las fobias específicas es crónico con una baja tasa de remisión espontánea, la fobia va empeorando con el tiempo si no existe intervención y tiene comorbidad con otros trastornos psicológicos. Así mismo, las fobias específicas pueden interferir significativamente en el desarrollo académico, personal y social del niño, también los estudios han indicado que existe un riesgo de que el infante desarrolle otros desórdenes y exista un deterioro psicosocial y psicológico en la adolescencia y la adultez (Essau, Conradt & Petermann, 2000). En Latinoamérica y el Caribe se ha visto una gran brecha en cuanto al tratamiento de los desórdenes psicológicos, con respecto a los trastornos de ansiedad al 63.1% de los individuos no se les proporciona ningún tratamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2013). En el Ecuador, a pesar de que se ha buscado desarrollar y mejorar los servicios de salud mental en los últimos años, aún sigue existiendo limitada información, investigación y tratamiento. El Ministerio de Salud Pública dispone para salud mental tanto de adultos,

adolescentes y niños solo del 1.2% de su presupuesto (World Health Organization, 2008). También hay una carencia en personal que esté capacitado y en los servicios especializados para tratar y trabajar con infantes en el área de salud mental, lo cual representa un problema ya que el 35% de los individuos ingresados a hospitales psiquiátricos son niños o adolescentes (World Health Organization, 2008). También se ha encontrado que solo el 5% de las escuelas primarias cuentan con psicólogos para atender a los niños. Los limitantes en el sistema de salud mental de Ecuador residen en el bajo porcentaje presupuestario que se asigna, la insuficiencia de programas para promover la salud mental, la tendencia que existe a tratar todos los problemas psicológicos con medicamentos, la falta de una legislación específica, la carencia de profesionales especializados, entre otros (World Health Organization, 2008). Dentro de las investigaciones que se han realizado sobre qué factores han contribuido a la remisión de síntomas en niños, no se han encontrado estudios en los cuales los infantes expongan que factores ellos han percibido que sirvieron para la remisión de síntomas después de un diagnóstico de fobias específicas. Igualmente, se investigó en distintas universidades de la ciudad de Quito y no se encontró estudios relacionados a fobias específicas en la infancia. Debido al déficit de información e investigaciones en la literatura sobre este tema, se considera importante analizar cuál es la percepción de los infantes de 9 a 12 años en Ecuador sobre los factores que contribuyeron para la remisión de síntomas de fobias específicas.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los factores percibidos en niños ecuatorianos de 9 a 12 años para la remisión de síntomas del desorden de fobias específicas?

### **Propósito del estudio**

El objetivo del siguiente estudio es explorar los diferentes factores percibidos en niños ecuatorianos de 9 a 12 años para la remisión de síntomas por 1 año en fobias específicas. Lo que se quiere lograr con este estudio es conocer que es lo que los infantes que sufrido del desorden de fobias especificas han observado y percibido que ayudo para lograr una remisión de los síntomas.

### **El significado del estudio**

Considerando que el porcentaje de infantes que sufren de fobias especificas es significativo y que las repercusiones que este trastorno desencadena si no es intervenido, este estudio se considera importante puesto que busca describir y analizar los factores que los niños percibieron que ayudaron para la remisión de síntomas después de un diagnóstico de fobias específicas. El conocer la percepción de los infantes puede ser útil ya que muestra desde la perspectiva experiencial propia la variedad de factores que han sido eficaces para tratar el trastorno y nos permite un mayor acercamiento a la experiencia del niño con respecto al tratamiento. En el Ecuador, no se han encontrado estudios acerca de los factores percibidos en niños de 7 a 12 años para la remisión de síntomas de fobias específicas. Por lo tanto, se considera a este estudio único ya que está dirigido a explorar desde una perspectiva más experiencial que externa los factores contribuyentes que resultaron efectivos para tratar las fobias específicas. De esta manera, se busca un acercamiento hacia que se podría utilizar para que intervenciones posteriores de fobias especificas en infantes resulten efectivas ya que como se mencionó el trastorno puede afectar a los niños en su desarrollo y funcionamiento si no es tratado adecuadamente, lo cual puede traer problemas a futuro.

## **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **Revisión de literatura**

#### **Fuentes.**

La información teórica que se ha recabado para esta investigación será extraída de artículos científicos, libros y datos de estadísticas realizadas en Ecuador. Para acceder a los artículos y los libros se utilizó la base de datos de la biblioteca virtual de la Universidad San Francisco de Quito usando principalmente Proquest, EBSCO y Ebrary, también se utilizó Google Académico para la obtención de artículos y datos estadísticos. Para buscar la información se utilizó palabras clave como trastornos de ansiedad en niños, fobias específicas en niños y tratamientos para fobias específicas. Las palabras claves fueron buscadas tanto en inglés como en español para de esta manera afinar la búsqueda. Los artículos empleados en la presente investigación son de carácter académico y con bases científicas.

#### **Formato de la Revisión de la Literatura**

La revisión de la literatura va a estar dividida por temas. Se presentara en dos temas centrales que abarcaran la información necesaria de la investigación. Primero, se describirá la fobia específica en infantes, sus síntomas, prevalencia, inicio y pronóstico, comorbilidad y el impacto del trastorno en la niñez. Posteriormente, se revisaran los tratamientos que han sido efectivos para la fobia específica en niños, cómo es la remisión de síntomas y cómo son las recaídas.

#### **Tema 1: Fobia específica en niños**

La fobia específica es un tipo de trastorno de ansiedad, por lo tanto, para comprenderlo de mejor manera es indispensable explicar el término ansiedad, y

diferenciar entre la ansiedad que es normal en la infancia y el miedo patológico del que es normal. La ansiedad generalmente se caracteriza por cierto grado de tensión, aprehensión, preocupación y angustia que surge a partir de una fuente que se percibe como peligrosa o amenazante para el individuo. La ansiedad generalmente viene acompañada de respuestas fisiológicas y corporales como transpiración, taquicardia, respiración agitada, sensación de presión en el tórax, entre otros (Muris, 2007). Por otra parte, el miedo es una emoción básica que se caracteriza por un afecto altamente negativo y una excitación fisiológica, esta emoción aparece principalmente en situaciones que el sujeto percibe como amenazantes. El miedo y la ansiedad pueden variar de intensidad desde una leve aprensión hasta un nivel de pánico casi intolerable (Gervaise, 2011). El sentir miedo y ansiedad en la etapa de la niñez es común y todos los infantes lo han experimentado, no obstante, para que se considere patológica hay que tomar en cuenta qué tan excesiva y desproporcionada es la reacción ante las exigencias de la situación, el nivel de evitación al estímulo que provoca la ansiedad, su interferencia en el funcionamiento y desarrollo, que sea persistente en el tiempo y que esta sea mal adaptativa (Essau, Conradt & Petermann, 2000).

Para los niños, el miedo es una parte integral de sus vidas y, como tal, una parte normal de su desarrollo. Muchos de los temores de la infancia son de naturaleza transitoria y pueden aparecer aproximadamente a la misma edad para los infantes ya que son parte de cada etapa del desarrollo. A medida que los niños aprenden a lidiar con cada temor, los miedos se trascienden sin causar un trastorno, lo que ayuda al niño a aprender formas adaptativas de lidiar con el miedo. Los temores que se dan en la infancia parecen estar relacionados con eventos y cambios en el entorno inmediato del individuo. Por lo



cual, los miedos cambian a través de las edades y etapas de desarrollo. El miedo a los ruidos fuertes, a la pérdida de soporte y a movimientos repentinos se observa aproximadamente desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. El temor a los extraños, separación de los padres, lesiones y preocupaciones relacionadas con el apego ocurre hasta el 1 año y medio. La primera infancia, desde los 2 años de edad hasta los 4 años aproximadamente, da lugar a temores de habitaciones oscuras, ruidos nocturnos, cambios repentinos en las apariencias, animales grandes, objetos grandes y máquinas, ruidos fuertes y separación de los padres. A medida que el sujeto se acerca a la edad escolar, las criaturas míticas comienzan a ser el foco principal del miedo de los niños y tal vez la oscuridad es la representación general en la mente del niño en donde estas criaturas míticas encarnan. En los primeros años escolares (5 y 6 años de edad aproximadamente), los niños también se comienzan a percatar de las personal malas y de los animales grandes, particularmente los salvajes y son una fuente de temor, así mismo, puede persistir el temor a los fantasmas, monstruos, brujas y a los ruidos como los truenos. Su intensidad y frecuencia van disminuyendo (7 y 8 años de edad) y son reemplazados cada vez más por temores a ladrones, secuestradores, armas, tormentas, pesadillas y a estar solos. Los años escolares (9-12 años de edad) parecen dar lugar a miedos sobre el fracaso y relacionados con castigos, también al daño corporal o accidentes, ser lastimado por alguien, pruebas académicas y calificaciones. Aunque todos los niños experimentarán el miedo como una parte inevitable y esencial de su desarrollo, no todos aprenderán a lidiar con el miedo de manera efectiva (Robinson, Rotter, Fey, & Robinson, 1991).

Según el DSM-V para diagnosticar una fobia específica el individuo debe cumplir

con ciertos criterios. (A) El sujeto debe experimentar un intenso miedo o ansiedad ante una situación u objeto específico, (B) El estímulo que resulta fóbico casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediatamente, (C) El objeto o situación fóbica se lo evita activamente con un nivel de ansiedad y miedo intenso, (D) El miedo o la ansiedad es desproporcionado con respecto a la amenaza real del estímulo fóbico y al contexto socio cultural, (E) La evitación, el miedo o la ansiedad debe ser persistente, con una duración de aproximadamente seis meses o más, (F) Causa un malestar que es clínicamente significativo deteriorando el funcionamiento del individuo ya sea en el área laboral, social u otros campos importantes del funcionamiento, (G) El miedo o la ansiedad no debe explicarse mejor por algún otro trastorno psicológico como agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés post traumático, trastorno de ansiedad por separación o trastorno de ansiedad social (American Psychiatric Association, 2013). Por otro lado, el DSM-V indica que se debe especificar el tipo de fobia, estas están categorizadas en cinco tipos basándose en el estímulo fóbico: (1)fobia a los animales, (2)al entorno natural como por ejemplo las alturas, agua, arboles, etc.; (3)a la sangre-inyecciones-heridas, (4)a situaciones como viajar en avión, los ascensores, entre otros y (5) otros, en infantes puede ser por ejemplo fobia a personajes disfrazados (American Psychiatric Association, 2013). Las fobias más comunes en la infancia son aquellas en las cuales el infante percibe que su seguridad se ve amenazada como la fobia a los perros debido al temor de ser mordidos o la fobia a las tormentas por el miedo de que un rayo le lastime (Mash & Barkley, 2003).

El miedo en este trastorno tiene tres componentes que son la angustia subjetiva, la evitación y la excitación fisiológica (Allen, Allen, Austin, Waldron & Ollendick, 2015).

Las fobias en los infantes generalmente están caracterizadas por pensamientos acerca de predicciones catastróficas de que algún acontecimiento espantoso ocurrirá tras la exposición al objeto o situación fóbica, lo cual, resulta en una angustia extrema e interferencia en el funcionamiento (Mash & Barkley, 2003). Esta angustia en los niños generalmente es expresada por medio del llanto, berrinches y una negativa a separarse de su figura de apego. Igualmente, resulta en una evitación hacia el estímulo fóbico y esto limita en gran medida al niño de las experiencias que son apropiadas para su edad (Fisher, Tobkes, Kotcher, & Masia-Warner, 2006). Los niños intentan evadir el estímulo fóbico persistentemente, por ejemplo, si tienen fobias a los insectos podrían evitar salir al jardín de su casa o de su escuela, la fobia a ruidos fuertes podría causar que un niño no salga a jugar al parque o que no quiera salir de su casa por ninguna razón o una fobia al dentista puede ocasionar que a pesar de tener un severo dolor de muela un infante no exprese su malestar para no asistir al médico (Mash & Barkley, 2003). Por otra parte, cuando una situación u objeto fóbico no puede ser evadido por el niño este puede llevar a ser agresivo y oposicional en su intento de escapar de aquello que le causa temor. Así mismo, debido a las reacciones fisiológicas que se pueden producir al presenciar el estímulo fóbico, como una inicial aceleración e inmediata desaceleración de la frecuencia cardíaca y disminución de la presión sanguínea, el individuo se puede desmayar. Esta reacción es más común en la fobia a la sangre y puede llegar a pasar solo con ver imágenes (Mash & Barkley, 2003).

Además, los estudios han observado que existe una dificultad de regulación emocional en los individuos con fobia específica y esto está relacionado con la preservación del trastorno. Cuando se presenta el estresor, la persona no es capaz de tener

una respuesta apropiada o es incapaz de suprimir una respuesta inadecuada. Por lo tanto, estos patrones sugieren que hay un déficit en estrategias de auto-regulación eficaces, una dificultad para desviar la atención de los estímulos percibidos como amenazantes y un déficit en la regulación conductual como la capacidad para monitorear e inhibir comportamientos y emociones (Pitts, Klein-Tasman, Osborne & Mervis, 2016).

### *Prevalencia*

Los estudios han encontrado que la prevalencia de las fobias específicas varía a través de las diferentes etnias y culturas en el mundo (Bouchard, 2011). Un estudio realizado en Estados Unidos muestra que la tasa de prevalencia de la fobia específica en la infancia oscila entre el 2% y el 9% en la población general a nivel mundial. Para obtener estos datos la muestra del estudio consistió en 1,285 infantes procedentes de diferentes países y se les administró tanto a los niños como a sus padres y profesores el instrumento DISC-2.3 que analiza 31 diferentes diagnósticos que pueden ocurrir en la infancia, igualmente, se realizó una entrevista estructurada para el niño, los padres y maestros. Entre las limitaciones observadas se puede decir que a pesar de que el tamaño de muestra fue considerablemente mayor que cualquier estudio previo de fobias específicas, todavía fue relativamente pequeño para evaluar prevalencia a nivel mundial, así mismo, el estudio no proporciona una evaluación completa para los infantes (Pitts, Klein-Tasman, Osborne & Mervis, 2016). En Estados Unidos se estima que 350,000 niños y adolescentes cumplen con un diagnóstico para fobias específicas en algún punto (Bouchard, 2011). Kim, Kim & Kim (2010) indican que de acuerdo a la revisión de la literatura epidemiológica encontraron que la prevalencia de fobias en niños es de 2.4% a 3.6% en Nueva Zelanda, de 2.6% en Suiza, 2.6% en Puerto Rico, 3.5% en Alemania y de

6.5% en Chile. Además, se observó una tasa de prevalencia de 9.1% en Estados Unidos, 7.9% en Corea, 7.5% en Qatar, de 2.5% en Nigeria (Bouchard, 2011) y de 20.3% en Uganda (Abbo, Kinyanda, Kizza, Levin, Ndyabangi & Stein, 2013). Como se puede observar los datos que se han encontrado sobre la prevalencia varían de acuerdo a los países, la tasa de prevalencia más alta de fobias específicas en la infancia se observa en Uganda mientras que la más baja es de Nueva Zelanda.

A su vez, en otro estudio se buscó conocer las diferencias epidemiológicas con respecto a la salud mental de niños y adolescentes latino americanos residentes en Estados Unidos. La investigación consistió en un meta análisis de diez estudios de seis diferentes países Hispanos. Los resultados indicaron que existe una mayor tasa de prevalencia de trastornos de ansiedad incluido fobias específicas en los latinoamericanos que en los infantes no latinos y que existen más factores de riesgo para desarrollar un desorden psicológico en esta minoría. En cuanto a las limitaciones del meta análisis fue que los estudios revisados se limitaron a seis de los 35 países de América Latina y el Caribe. La mayoría de las investigaciones tuvieron lugar en Brasil y Chile; solo se realizó un estudio en Centroamérica (Guatemala) y otro en el Caribe (Puerto Rico). Aun cuando se empleó el mismo diseño, los estudios fueron heterogéneos, con variación en las áreas cubiertas (condado, estado o todo el país), nivel de educación (primaria, secundario o sin educación) y tamaños de muestra (de 126 a 1068 sujetos). Por lo tanto, se debe tener cuidado al comparar las tasas de prevalencia de las fobias específicas infantiles y adolescentes, ya que las diferentes tasas pueden estar relacionadas con factores metodológicos (Duarte, Hoven, Berganza, Bordin, Bird, & Miranda, 2004). En un estudio similar se comparó jóvenes hispanos / latinos con europeos norteamericanos con

trastornos de ansiedad. Los participantes fueron 152 individuos de 5 a 13 años de edad y sus padres. El 70% de la muestra fueron Hispanos / latino, que incluía sujetos cubanos, nicaragüenses, venezolanos y hondureños residentes en Estados Unidos y 40% fueron estadounidenses de origen europeo. Todos los participantes cumplieron con los criterios del DSM-IV para un diagnóstico primario de un trastorno de ansiedad. Para evaluar los trastornos de ansiedad se utilizó la entrevista semi-estructurada ADIS-IV: C / P, la encuesta de miedo para niños revisado, la escala de ansiedad manifiesta infantil revisada y el inventario de ansiedad para niños. Los resultados indicaron que 22 de los infantes estadounidenses de origen europeo cumplían con el diagnóstico de fobia específica a comparación de los Hispanos / latino que fueron 48 niños con el trastorno. Por lo tanto, los datos de los dos estudios son consistentes mostrando mayor prevalencia en individuos Hispanos / latino. Una limitación de la investigación es solo se utilizó un grupo de Hispanos, sin tomar en cuenta otros países latinoamericanos, sería importante para futuras investigaciones otros grupos de infantes hispanos / latinos (Pina & Silverman, 2004). Por otra parte, una investigación que buscaba evaluar la prevalencia, comorbilidad e impacto de los desórdenes psicológicos en niños y adolescentes con discapacidad intelectual encontró que las fobias específicas son más comunes en individuos con discapacidad intelectual leve, teniendo una prevalencia de aproximadamente 17, 5%. Para este estudio participaron 474 individuos con discapacidad intelectual leve de 6 a 18 años de edad y un grupo control de sujetos sin discapacidad. Una de las limitaciones de esta investigación fue que la muestra no es representativa de niños de familias con un nivel socio económico bajo, por lo cual, no se pueden generalizar los resultados. Igualmente, no se contó con información acerca de la perspectiva de los padres o docentes para

proporcionar una perspectiva más amplia y permitir comparaciones interinstitucionales, solo se utilizó la información proporcionada por los infantes acerca de sus síntomas para el diagnóstico de fobia específica (Dekker & Koot, 2003).

En cuanto a las diferencias de género, se ha visto que las niñas padecen de más fobias que los niños con una diferencia de 2 a 1. Estos datos coinciden en cuanto a los miedos reportados por los infantes, los reportes por los padres y las observaciones del comportamiento (Cummings, Caporino & Kendall, 2014). De igual modo, en otra investigación con una muestra de 2,212 infantes a los cuales se les aplicó un cuestionario de fobias específicas se encontró que las mujeres tienen significativamente más fobias que los hombres y también una mayor intensidad de miedo. Igualmente, se observó que las niñas tienen una tasa de evitación mayor que los niños. Estos resultados corresponden a un gran número de estudios que indican que existen diferencias sexuales en cuanto a las fobias y que estas diferencias se observan desde la edad escolar. No obstante, existen ciertas limitaciones en el estudio, primero, los cuestionarios únicamente se les aplicó a los infantes y al menos para las fobias hubiera sido deseable una evaluación a los padres. Así mismo, los datos fueron recolectados principalmente de niños con un nivel socio económico medio y alto, por lo cual, no se pueden generalizar los resultados (Lichtenstein & Annas, 2000). Así mismo, las investigaciones han observado que las fobias que son más comunes en mujeres son a los animales, la oscuridad, los relámpagos y a los espacios cerrados (Andrews, Charney, Sirovatka & Regier, 2009).

#### *Inicio, curso y prognosis*

De acuerdo a Ollendick & March (2004) el inicio de las fobias depende en gran medida del tipo de esta, pero generalmente tiene un inicio temprano en la infancia con

una edad promedio de aparición a los 8 años. En una investigación que se realizó para conocer la edad de inicio de este trastorno se encontró que para la fobia animal es los 7 años, a la sangre-inyecciones-heridas entre los 7 y 9 años, la fobia dental a los 12 años y a las tormentas eléctricas a los 11.9 años. Para esta investigación participaron 370 individuos de 16 a 65 años de edad con fobias específicas y se les administro la Encuesta del Calendario del Miedo-III y se realizó una entrevista de detección. También se indicó que casi la mitad de los casos de fobia específica tuvo un curso crónico. Las limitaciones que se observaron en la investigación fue que el estudio se encuentra entre uno de los primeros estudios epidemiológicos de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos entre niños que utilizaron definiciones de diagnóstico y criterios del DSM-IV, por lo cual, debe llevarse a cabo con precaución debido a algunos cambios en los criterios de diagnóstico y las definiciones. Así mismo, la tasa de respuesta (62.8%) en este estudio fue relativamente baja en comparación con muchos estudios similares en otros países. Estas limitaciones deben tenerse en cuenta al interpretar los hallazgos (Essau, Conradt & Petermann, 2000). De igual modo, Andrews, Charney, Sirovatka & Regier (2009) sugieren que aproximadamente el 41% de los infantes con fobias específicas mantuvo el diagnóstico después de 10 años de seguimiento y esta tasa aumenta a 73% cuando el diagnóstico es comórbido con otro trastorno de ansiedad o depresión. Igualmente, las investigaciones acerca del tema han observado que la tasa de remisión espontánea es muy baja, en ningún subtipo de fobia la tasa de remisión espontánea es mayor a 25% y la menor tasa se observó en las fobias animales con apenas un 10% (Andrews, Charney, Sirovatka & Regier, 2009).

Por otra parte, a pesar de que en la infancia los miedos muchas veces son leves,



específicos de la edad y transitorios, algunos de estos pueden persistir en el tiempo y ser intensos convirtiéndose en fobias con un curso crónico lo cual es resulta debilitante para los individuos en la infancia (Roberts, Farrell, Waters, Oar & Ollendick, 2016). Stinson, *et. al.* (2007) describen que en un estudio que buscaba analizar las características clínicas y demográficas que diferencian a los pacientes con fobias específicas se encontró que este trastorno en la niñez tienen un curso crónico, persiste en la adultez si no es tratado y puede ser un predictor para una psicopatología posterior en la edad adulta. También mostró que más del 60% de los participantes tenían más de un miedo y por lo tanto, corren un mayor riesgo de deterioro a nivel social u ocupacional. La muestra del estudio consistió en 711 sujetos con trastornos de ansiedad de los cuales 115 tenían fobias específicas comorbidas. La principal limitación del estudio fue que similar a todos los estudios epidemiológicos transversales previos, la edad de inicio y la prevalencia de vida y las estimaciones de comorbilidad pueden estar sujetas a sesgos (Stinson, *et. al.* 2007).

#### *Problemas asociados a las fobias específicas y comorbidad*

En relación a los problemas asociados a las fobias específicas en la infancia las investigaciones han encontrado que debido a la evitación hacia los estímulos fóbicos los infantes pueden tener un deterioro en su desarrollo. Al intentar constantemente evitar su fobia no siempre logran alcanzar las expectativas de experiencias y transiciones que corresponde a la etapa de desarrollo por la cual atraviesan. Por ejemplo, los niños con fobias a los perros prefieren quedarse en casa por temor a que al lugar donde salgan, si visitan a un compañero o en el trayecto haya un perro. Igualmente, un infante con fobia a la sangre-inyecciones puede evitar el tratamiento médico aunque tenga un malestar físico (Andrews, Charney, Sirovatka, & Regier, 2009). En una publicación realizada por Essau,

Conradt, & Petermann (2000), se investigó la frecuencia, comorbilidad y deterioro psicosocial de infantes con fobias específicas. Para la muestra se reclutaron 1,035 sujetos de 35 diferentes escuelas de Alemania. A los participantes se les realizó una entrevista estructurada y se midieron los criterios del DSM-IV-TR para diagnosticar. Los datos mostraron que el 3.5% de niños cumplían con los criterios para fobias específicas y que los individuos con el diagnóstico reportaron numerosos tipos de miedos específicos. También se observó que a todos los participantes con el trastorno este les afectaba en sus actividades de rutina cuando tenían un episodio de su fobia. De hecho, en comparación con otros subtipos de trastornos de ansiedad examinados en el estudio, la fobia específica estaba más frecuentemente asociada con deterioro psicosocial. La principal limitación del presente estudio fue que se reclutaron infantes de escuelas únicamente públicas, por lo cual no se tomó en consideración otro estrato socioeconómico (Essau, Conradt, & Petermann, 2000). Los hallazgos concuerdan con lo que mencionan Creswell, Murray, & Cooper (2014) en su artículo, en el cual afirman que las fobias están asociadas con el deterioro en el funcionamiento psicosocial y que son un factor de riesgo para el desarrollo de otros problemas psicológicos. Algo semejante sucede en un estudio cuyo objetivo fue investigar la prevalencia y los problemas tanto emocionales como conductuales que estaban asociados a las fobias específicas en niñez y la adolescencia. Aquí participaron 2673 niños y adolescentes de Korea, para la evaluación se utilizó la versión parental del programa de entrevista de diagnóstico para niños (DISC-IV) y la lista de control de conducta infantil (CBCL). Los hallazgos mostraron que los sujetos con fobias al ambiente-naturaleza tenían más problemas sociales, de atención y conductuales en comparación a los individuos sin el trastorno. Las personas con fobia inyección-

sangre-herida obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en cuanto a problemas de atención, más comportamientos agresivos y externalizantes. Finalmente, se observó que el 28,1% de los niños y adolescentes con fobias tuvieron al menos un diagnóstico psiquiátrico comórbido y todos mostraron dificultades en la escuela, actividades de ocio y en el contacto social. La principal limitación observada fue que las mediciones obtenidas de los padres podrían haber sido propensas a subestimar o sobreestimar según el tipo problema y puede variar con la edad de sus hijos. Igualmente, el uso de observación parental para la obtención de mediciones podría haber sido un factor limitante ya que los padres tienden a estar más preocupados con problemas de externalización, como la agresión, que en la internalización, como la depresión (Kim, Kim, Kim, Shin, Yoo, & Kim, 2010). Así mismo, Capriola, Booker y Ollendick (2016) indican que este trastorno en la infancia usualmente resulta en dificultades académicas y sociales. Por otra parte, en una investigación realizada por Waters, Schilpzand, Bell, Walker & Baber (2013) se examinó la incidencia y correlación entre los trastornos de ansiedad incluido las fobias específicas en la infancia y los síntomas gastrointestinales de un desorden funcional. Para esto participaron 54 niños diagnosticados con uno o más desordenes de ansiedad y 51 niños control, las edades fueron de 6 a 13 años. Los padres completaron un cuestionario con información acerca de síntomas gastrointestinales asociados con trastornos gastrointestinales en la niñez. Los resultados indicaron que el 40.7% de los infantes con trastornos de ansiedad tenían síntomas de un desorden funcional gastrointestinal comparado con un 5.9% en niños control no ansiosos. Los infantes con trastornos de ansiedad fueron significativamente más propensos a tener síntomas de estreñimiento y mostraron una tendencia a una mayor incidencia de síntomas

de síndrome de colon irritable. Los presentes hallazgos se basan en una muestra relativamente homogénea de niños con fobia social, trastorno de ansiedad por separación y fobia específica, con niveles relativamente bajos de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Además, los participantes eran principalmente niños caucásicos de padres casados con familias de ingresos promedio, lo cual es una limitación y no permite la generalización (Waters, Schilpzand, Bell, Walker & Baber, 2013). En un último estudio, se analizó la asociación longitudinal entre la fobia en la infancia con trastornos mentales posteriores. Un total de 2210 participantes completaron encuestas para el diagnóstico de fobias, posteriormente, se hizo un seguimiento por 10 años y se les entrevistó nuevamente. Al inicio del estudio, el 15,7% de la muestra cumplió con los criterios para fobia específica. Después de los 10 años de seguimiento, los hallazgos mostraron que la fobia específica predijo la aparición subsecuente de trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico, ansiedad generalizada, estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo. Igualmente, la aparición de trastornos afectivos como depresión, trastorno bipolar y distimia. El subtipo de fobia animal se vio asociado con un mayor riesgo de desarrollar trastorno de pánico, ansiedad generalizada, desorden de estrés post traumático y distimia. El subtipo de fobia sangre-inyección-herida se asoció con un mayor riesgo de desarrollar ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y dependencia a la nicotina. El subtipo situacional aumentó el riesgo de agorafobia, trastorno de pánico, depresión mayor y dependencia del alcohol. Finalmente, el subtipo natural-ambiental se asoció con la elevación del riesgo para el trastorno de pánico y cualquier trastorno alimenticio. Como limitaciones de la investigación se puede decir que los hallazgos deben ser interpretados solo en el contexto de DSM-IV en cuanto a conceptos de los

trastornos mentales incluidos en los análisis. Igualmente, se debe tomar en consideración que es un estudio epidemiológico que no puede hablar de la etiología o los mecanismos de acción de los tratamientos para la fobia específica, más allá de la caracterización de diagnóstico según el DSM-IV (Lieb, Miché, Gloster, Beesdo-Baum, Meyer & Wittchen, 2016). Por lo tanto, se evidencia a través de diversos estudios que la fobia específica de inicio temprano está fuertemente relacionada con problemas psicosociales, académicos y emocionales, predice la aparición subsecuente de una amplia gama de otros trastornos, afecta en gran medida la calidad de vida y el desarrollo del infante (Andrews, Charney, Sirovatka, & Regier, 2009).

Con respecto a la comorbilidad de las fobias específicas con otros trastornos psicológicos se han realizado diversas investigaciones. En un primer estudio, se investigaron las diferencias en la comorbilidad en niños de 8 a 13 años de edad con diagnósticos primarios de trastornos de ansiedad. Participaron 199 sujetos tanto mujeres como hombres y se les realizó una entrevista y un cuestionario para examinar los trastornos psicológicos. Los resultados indicaron que la probabilidad de trastornos del estado de ánimo comórbidos fue significativamente mayor en los niños diagnóstico primario de fobias específicas. Igualmente, se vio una comorbilidad entre las fobias específicas y el trastorno de ansiedad por separación y fobia social. Entre las limitaciones se puede decir que la muestra solo contenía niños que recibían diagnósticos primarios de trastorno de ansiedad, niños con diagnósticos primarios de depresión, trastornos de externalización u otros problemas no fueron incluidos. Estudios que también incluyen niños con diagnóstico tanto primario como secundario de ansiedad proporcionan información valiosa adicional sobre la comorbilidad y los trastornos de ansiedad. Así

mismo, la muestra estuvo compuesta principalmente de infantes Caucásicos de nivel socio económico medio (Verduin & Kendall, 2003). Los hallazgos son consistentes con lo que mencionan Ollendick & March (2004) indicando que más del 60% de infantes con fobias específicas tienen algún tipo de trastorno psicológico comórbido. De estos niños aproximadamente del 50% al 70% tienen otro trastorno de ansiedad presente, siendo el trastorno de ansiedad por separación el trastorno comórbido más frecuente. Otros que son comúnmente comórbidos con la fobia específica incluyen trastornos depresivos (36%) y trastornos somatoformes (33%) (Ollendick & March, 2004). Algo semejante se observa en la investigación de Ollendick, Raishevich, Davis, Sirbu & Öst (2010) en la que se halló que el un tercio de los participantes mostraron al menos dos fobias específicas que coexistían. También los datos indicaron que los trastornos comórbidos más comunes con la fobia específica en la niñez fue la ansiedad generalizada (33.87%), fobia social (22.58%), el trastorno de ansiedad por separación (19.35%) y desorden de déficit de atención e hiperactividad (16.13%). La muestra del estudio fue de 62 individuos estadounidenses de 7 a 14 años de edad con un diagnóstico de fobia específica y se les administró el programa de entrevistas sobre trastornos de ansiedad del DSM-IV versión para padres y niños, también se les aplicó la escala de ansiedad multidimensional para niños, el inventario de depresión infantil, inventario de calidad de vida y la lista de verificación del comportamiento infantil. Por otro lado, en la investigación también se mostró que los sujetos con fobia específica tenían problemas sociales y quejas somáticas. Entre las limitaciones se observó que los jóvenes de la muestra fueron remitidos a una clínica especializada y sus fobias podrían ser cualitativamente diferentes de las fobias en muestras comunitarias. Igualmente, la muestra fue en gran parte caucásica, de ingresos

medios y de familias con padres casados (Ollendick, Raishevich, Davis, Sirbu & Öst, 2010). Finalmente, Andrews, Charney, Sirovatka & Regier (2009) indican que la fobia específica en la infancia es comórbida con depresión, distimia, trastorno somatoforme y trastorno bipolar. Esta asociación parece deberse principalmente debido a la severidad de las reacciones de ansiedad, el comportamiento de evitación y el grado de evitación asociado (Andrews, Charney, Sirovatka & Regier, 2009).

## **Tema 2: Tratamiento de la fobia específica en la infancia**

Dada la prevalencia y la gravedad de los síntomas de la fobia específica en la niñez y su posible impacto en las trayectorias del desarrollo, se han desarrollado y evaluado varios tratamientos que tienen apoyo empírico. Los estudios que examinan la eficacia de las diferentes intervenciones evalúan principalmente la tasa de respuesta al tratamiento y la remisión de síntomas (Davis & Ollendick, 2005). En las investigaciones científicas, el resultado del tratamiento generalmente se mide utilizando tanto una medida global así como una escala para el trastorno específico (Caporino, Brodman, Kendall, Albano, Sherrill, Piacentini, & Rynn, 2013). La respuesta al tratamiento se ha definido como una mejora de la magnitud suficiente para que el niño ya no sea totalmente sintomático, aunque siguen existiendo síntomas presentes. La respuesta al tratamiento se refiere a una reducción significativa en la medida de la gravedad de los síntomas y / o deterioro funcional (Caporino, Brodman, Kendall, Albano, Sherrill, Piacentini, & Rynn, 2013). En comparación, la remisión es la ausencia de síntomas después del tratamiento, por lo que aquellos infantes con fobia específica que están clasificados como en remisión ya no cumplen con los criterios diagnósticos para el trastorno (Johnco, Salloum, Lewin, & Storch, 2015). A continuación, se evidenciarán investigaciones de carácter empírico

acerca de los tratamientos que se han mostrado efectivos para la remisión de síntomas de la fobia específica en la infancia.

### ***Tratamiento Psicosocial***

#### *Tratamientos basados en la exposición*

Las terapias basadas en la exposición son generalmente las terapias de elección para tratar la fobia específica. Las investigaciones sobre los resultados de tratamientos controlados y los estudios de casos han observado que las terapias basadas en la exposición son efectivas en la reducción de síntomas en niños (Muris, 2014). El tratamiento de exposición para la fobias específicas infantil ha sido llevado a cabo de diversas maneras, las cuales se presentarán a continuación.

#### *Desensibilización Sistemática*

El objetivo principal de la desensibilización sistemática es eliminar el comportamiento de evitación mediante la inhibición de la ansiedad. Para lograr esta inhibición, la intervención primaria es el entrenamiento fisiológico como la relajación ya que la respuesta fisiológica está sistemática y gradualmente relacionada con la respuesta de ansiedad. Así mismo, se construye una jerarquía de miedo y se va realizando una exposición gradual ya sea real o imaginaria hacia el estímulo fóbico mientras el infante realiza el entrenamiento fisiológico y la relajación (Davis, & Ollendick, 2005). En la desensibilización sistemática el miedo y la ansiedad provocados por un estímulo fóbico son terminados por una respuesta de relajación previamente aprendida. En un estudio se buscó determinar la efectividad de la desensibilización sistemática, para esto se reclutó 24 infantes de 5 a 10 años de edad con fobia al agua y se les dividió en tres grupos a los cuales se les realizó varios test antes y después de los procedimientos. El primer grupo



recibió ocho sesiones de desensibilización in vitro en la cual recibieron exposición imaginaria gradual a estímulos evocadores de fobia y relajación. El segundo grupo recibió ocho sesiones de desensibilización in vivo en la cual los infantes fueron tratados con exposición real gradual en combinación con relajación y el tercer grupo no recibió ningún tratamiento (Muris, 2014). Los resultados mostraron que los dos procedimientos de desensibilización fueron efectivos en reducir los síntomas de fobia específica, el 87% del primer grupo y el 55% del segundo mostraron una significativa reducción de síntomas, mientras que, en el tercer grupo el 55% indicó peores síntomas y en el porcentaje restante no hubo ningún cambio significativo. La limitación encontrada en el estudio fue que la muestra fue relativamente pequeña y consistió únicamente en infantes con fobia al agua y con un nivel socioeconómico medio (Muris, 2014). Por otra parte, Tyner, Brewer, Helman, Leon, Pritchard, & Schlund (2016) realizaron un estudio de casos con tres infantes que cumplían los criterios para fobia específica a los perros, las edades de los participantes fueron 5, 7 y 10 años. Los padres remitieron a sus hijos a este estudio debido a la evitación que tenían hacia los perros dentro de sus hogares y en público. Se realizó una entrevista inicial con los infantes y sus padres para medir los niveles de ansiedad y evitación hacia el estímulo fóbico e inmediatamente después de cada sesión de desensibilización sistemática se aplicaba a los participantes un test para medir sus niveles de ansiedad. En las sesiones los infantes fueron expuestos a diferentes perros variando en tamaño y raza. En la primera sesión el perro estaba sujeto con una correa por un entrenador a 80 pies de distancia de los niños. Posteriormente, en cada sesión se iba reduciendo la distancia del infante con el perro y se hacían entrenamientos de relajación. Se realizó un total de 12 sesiones individuales de 30 minutos con cada infante. Los

resultados del estudio son consistentes con la investigación anterior ya que se demostró la eficacia de la desensibilización sistemática ya que hubo una remisión de síntomas en los participantes. En las últimas sesiones los tres infantes se aproximaron totalmente a los perros y les acariciaron mostrando en el test de ansiedad niveles bajos. Finalizado la terapia, seis meses después se observó a los participantes y dos de ellos seguían interactuando con perros sin mostrar ansiedad y un participante se podía acercar al perro pero mostrando cierto nivel de ansiedad sub clínico. Los padres de los infantes reportaron que sus hijos interactuaban con el perro de su familia y ya no mostraban signos de angustia cuando estaban en el parque rodeados de perros. Por lo tanto, el tratamiento de desensibilización combinado con relajación fue altamente efectivo para reducir la evitación de perros y produjo beneficios clínicamente significativos para cada uno en su entorno natural. No obstante, el estudio cuenta con pocos casos, por lo cual, no se puede generalizar, así mismo, otra limitación es que no se midieron las respuestas autonómicas al estímulo fóbico. (Tyner, Brewer, Helman, Leon, Pritchard, & Schlund, 2016).

### *Realidad Virtual*

En los últimos años, los investigadores han aplicado la tecnología de realidad virtual para el tratamiento de fobias específicas en adultos. No obstante, a pesar de la evidencia que apoya la eficacia de la exposición en realidad virtual son muy pocos los estudios que han abordado esta forma de tratamiento para la fobia específica en los niños. La realidad virtual implica exponer y que interactúen los pacientes con los estímulos fóbicos utilizando entornos virtuales en 3D generados por computadora, los cuales el terapeuta puede manipular. Los investigadores han encontrado que los tratamientos con realidad virtual pueden ser tan efectivos como los tratamientos estándar basados en la

exposición (Grös & Antony, 2006). En un primer estudio, se buscó determinar la efectividad de la terapia con realidad virtual para jóvenes con fobia a la escuela. La muestra consistió en 36 niños con una edad promedio de 11 años diagnosticados con fobia específica, 18 de los infantes participaron en la terapia de realidad virtual y los 18 restantes fueron grupo control. Se evaluó a los infantes antes y después de la terapia usando el inventario de miedos escolares, la encuesta de miedos para niños y un inventario para medir la ansiedad y evitación. En la primera sesión, se proporcionó información sobre el procedimiento terapéutico a los padres e hijos y se realizaron pruebas individuales. En la segunda y tercera sesiones se realizó un entrenamiento de relajación con ejercicios imaginarios de exposición utilizando una jerarquía de miedos asociados a la escuela. En la cuarta, quinta y sexta sesiones a los participantes se les aplicó la tecnología de realidad virtual con dos niveles, un nivel fácil en el cual se incluía estímulos que provocan bajos niveles de ansiedad y posteriormente, se aplicaba el nivel difícil con una creciente cantidad de estímulos que provocan ansiedad y temor. El ambiente virtual permitía que el sujeto entrara a la escuela y al aula de clases, interactuara progresivamente con los compañeros y profesores, tomara asiento en el aula, se presentara, resolviera problemas difíciles y contestara preguntas. Los resultados de la investigación indicaron que los temores se redujeron en cantidad e intensidad en el grupo que recibió el tratamiento en comparación del grupo control. También se encontró que el tratamiento generó disminución de las puntuaciones de evitación hacia los estímulos relacionados con la escuela que provocaban afectividad negativa y escapar de situaciones sociales o evaluativas aversivas, al igual que con los puntajes de la escala de ansiedad. La limitación del estudio es que la muestra se basó solo en infantes con fobia escolar, por lo

cual, los hallazgos no se pueden generalizar para otro tipo de fobias (Gutiérrez, Magallón, Rus, & Peñaloza, 2009).

En otra investigación se buscó comparar la terapia de realidad virtual con la terapia de exposición in vivo. Para esto participaron 28 sujetos de 10 a 17 años de edad con diagnóstico de fobia específica a las arañas con una duración mínima de la fobia de 1 año. Los individuos fueron asignados aleatoriamente al tratamiento de realidad virtual, exposición in vivo o al grupo control. Primero, se realizó una entrevista psicológica y se aplicó la prueba de evaluación conductual, la escala de ansiedad para infantes y el cuestionario de fobia a las arañas para niños. Posteriormente, cada sujeto recibió tres sesiones de 45 minutos de exposición in vivo o de realidad virtual. En la terapia de exposición in vivo se mostró primero imágenes de arañas y luego se introdujo arañas reales. En las sesiones de realidad virtual se observaban varios escenarios que representan una imagen de araña, una araña de plástico, una araña muerta y una araña viva en varias habitaciones de una casa y en cada sesión había un acercamiento e interacción mayor. No se utilizaron ejercicios de relajación y modelado durante las sesiones de exposición ni de realidad virtual. Finalmente, se aplicaron las mismas evaluaciones de la entrevista posteriores al tratamiento y también un mes después de la finalización. En el post-tratamiento, los datos indicaron que el grupo de exposición in vivo mejoró significativamente más que los grupos de realidad virtual y control. Los participantes que recibieron la terapia de exposición in vivo indicaron en las evaluaciones una reducción significativa en las evaluaciones y el grupo de realidad virtual obtuvo una reducción media. En cuanto a la evaluación de seguimiento, el grupo de exposición in vivo volvió mejoras altas llegando a la remisión de síntomas, el grupo de realidad virtual mostró

efectos de mediano a grande y el grupo control no mostro ninguna mejora en los síntomas. La principal limitación del estudio es que los grupos de tratamiento fueron pequeños y no se incluyeron comparaciones directas entre las medidas de excitación, habituación y de los procesos cognitivos (Dewis, Kirkby, Martin, Daniels, Gilroy, & Menzies, 2001). En un estudio similar se diseñó una terapia de realidad virtual para infantes con fobia a las arañas, la muestra fue de 9 individuos con una edad promedio de 11.3 años. Las sesiones de realidad virtual permitían una exposición progresiva hacia el estímulo fóbico, desde telas de araña en las paredes hasta habitaciones con arañas pequeñas inmóviles o arañas grandes en movimiento. Los niños reportaron comentarios muy positivos respecto a su terapia y el uso de realidad virtual . Los auto informes diarios acerca de la aracnofobia se redujeron después de la cuarta sesión de tratamiento, también indicaron una reducción significativa en las medidas específicas de la fobia como en el cuestionario de temor a las arañas y el cuestionario de creencias acerca de las arañas, así mismo, se observó una reducción significativa en las medidas generales de ansiedad. La limitación de la investigación es que solo participaron infantes con fobia a las arañas y no con otros tipos de fobia, igualmente, la muestra del estudio fue escasa, por lo tanto, los resultados no son generalizables (Bouchard, 2011).

#### *Practica Reforzada o Manejo de la Contingencia*

La terapia llamada manejo de la contingencia o practica reforzada es un tratamiento que utiliza los principios del condicionamiento operante para trabajar con individuos con fobia específica, se centra en el refuerzo positivo y la retroalimentación para superar el comportamiento de evitación (Davis & Ollendick, 2005). Durante la practica reforzada, se intenta debilitar las asociaciones negativas sobre el estímulo fóbico

mediante el refuerzo del comportamiento de aproximación. Esto se logra mediante ejercicios de exposición durante los cuales las aproximaciones exitosas al estímulo fóbico se refuerzan con recompensas. Existe una amplia evidencia que apoya la eficacia de la practica reforzada en el tratamiento de los niños fóbicos (Muris, 2014). En la investigación realizada por Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Rabian, & Serafini (1999), tuvo como objetivo evaluar la eficacia del tratamiento de manejo de la contingencia basada en la exposición para tratar a niños con trastorno de fobia específica. Los participantes fueron 81 individuos de 6 a 16 años de edad con fobia específica. Primeramente, se realizó una entrevista clínica con los sujetos y se les aplicó la encuesta de miedos para infantes, el programa de manifestación de ansiedad en niños y el cuestionario de error cognitivo negativo de los niños. Luego, se dividió aleatoriamente a los participantes en tres grupos, el primero, recibió 10 sesiones de terapia cognitiva conductual, el segundo, 10 sesiones de terapia de manejo de la contingencia y el tercero, fue el grupo control. El grupo que recibió manejo de la contingencia estuvo integrado por 33 infantes, la intervención consistía en exposición gradual hacia el estímulo fóbico que era reforzado por los terapeutas cada vez que completaba la tarea de manera exitosa. Las tareas de exposición también tenían que ser realizadas en la casa y los padres fueron instruidos acerca de estrategias conductuales para facilitar la exposición del niño, así como los detalles de la recompensa que los padres debían dar. Los participantes fueron evaluados al final del tratamiento y en los seguimientos de 3, 6 y 12 meses. Los resultados indicaron que la terapia de manejo de la contingencia fue igualmente eficaz en la reducción de síntomas fóbicos que la terapia cognitiva conductual. Igualmente, los efectos positivos de la intervención se mantuvieron en gran medida en el seguimiento de

un año. El 55% de los sujetos ya no cumplían los criterios diagnósticos de un trastorno fóbico después de la terminación del tratamiento y el 88% demostró tasas de ansiedad significativamente más bajas. Por otra parte, una limitación que se observó en el estudio es que no permitió determinar los componentes específicos del tratamiento que estaban activos en la producción de cambios (Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Rabian & Serafini, 1999). Los resultados son consistentes con otro estudio sobre el tratamiento de las fobias específicas, en esta investigación se usó una muestra de 32 individuos de 4 y 5 años de edad, los cuales fueron asignados aleatoriamente a la terapia de manejo de la contingencia, habilidades verbales de afrontamiento, o su combinación. El manejo de la contingencia consistió en la exposición graduada y repetida a estímulos fóbicos acompañados de refuerzo verbal o tangible. Las habilidades verbales de afrontamiento consistieron en enseñar a los niños un conjunto de auto-instrucciones diseñadas para ayudarles a hacer frente y manejar sus temores mientras frente al estímulo fóbico. El grupo que tuvo la intervención de manejo de la contingencia y el grupo que combinó las dos formas de intervención, demostraron mejoras significativas en la prueba de evitación del comportamiento y sus niveles de ansiedad disminuyeron (Flatt & King, 2008).

#### *Terapia Cognitiva Conductual*

La terapia cognitiva conductual representa esencialmente una fusión de la terapia conductual y las intervenciones cognitivas. El componente de la terapia conductual se basa en el supuesto de que el comportamiento ha sido adquirido por medio del condicionamiento y este puede ser cambiado. El componente cognitivo se basa en la noción la conducta humana está mediada por procesos cognitivos. Por lo tanto, la terapia cognitiva conductual generalmente incorpora las técnicas conductuales como la

exposición prolongada, la practica reforzada, entre otras, con la adición de la reestructuración cognitiva (Muris, 2014). En un meta análisis realizado por Ewing, Monsen, Thompson, Cartwright-Hatton & Field (2015) se exploró la eficacia de la terapia cognitiva conductual para la remisión de síntomas de trastornos de ansiedad en infantes. Se utilizaron un total de 20 estudios en los cuales todos trataban varios trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post traumático, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social y fobias específicas). Se utilizaron los datos de pre y post-tratamiento para el análisis. Los resultados indicaron una remisión de síntomas de ansiedad en los trastornos significativamente mayor pre y post-tratamiento para aquellos involucrados en la intervención de la terapia cognitiva conductual en comparación con los del grupo control. Igualmente, se encontró que los niños que recibieron terapia cognitiva conductual tuvieron 9,15 veces más probabilidades de recuperarse de su diagnóstico de ansiedad que los niños en el grupo de control. Como limitación hay una posibilidad de que en este metanálisis se haya introducido un sesgo al incluir solo publicaciones impresas en inglés. Igualmente, se excluyeron las medidas de autoinforme en el metanálisis (Ewing, Monsen, Thompson, Cartwright-Hatton & Field, 2015). Por otra parte, en una investigación de buscó examinar la eficacia de la terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad en sujetos de 4 a 7 años de edad. La muestra consistió en 64 infantes con desordenes de ansiedad incluyendo fobia específica, los individuos fueron asignados aleatoriamente al grupo de terapia o al grupo control. Los participantes fueron evaluados por entrevistadores utilizando entrevistas de diagnóstico estructuradas con los padres, cuestionarios de inhibición del comportamiento y de ansiedad, versión padres y niños. Posteriormente, se desarrollaron seis sesiones de terapia



y psi coeducación con los padres y luego 13 sesiones con los infantes utilizando el programa de terapia cognitiva conductual, llamada ser valiente, un programa para hacer frente a la ansiedad de los niños pequeños y sus padres. Después del tratamiento, las madres fueron entrevistadas acerca de los diagnósticos actuales de cada niño usando y los infantes fueron evaluados nuevamente por medio de una observación de laboratorio realizada por un examinador (Hirshfeld-Becker, et. al. 2010).. Así mismo, se realizó un seguimiento de 1 año, en el cual se entrevistó a las madres de los niños que habían sido asignados a la terapia cognitiva conductual y se administró una escala de ansiedad e inhibición al infante. Los resultados de la investigación mostraron que la tasa de respuesta fue del 69% en los sujetos que recibieron terapia cognitiva conductual frente al 30% de los niños control. Igualmente, el 59% de los infantes que participaron en la terapia fueron clasificados como libres de trastornos de ansiedad en el post-tratamiento. En el seguimiento de un año, el 83% del grupo de terapia cognitiva conductual fueron calificados como mucho mejor en las escalas de ansiedad en comparación de los resultados antes de la intervención y ninguno se clasificó igual o peor. Así mismo, el 59% mostraron remisión de síntomas. No obstante, la investigación tuvo ciertas limitaciones, primero, las evaluaciones de los niños pequeños dependían en gran medida de la aportación de los padres, segundo, las medidas usadas para evaluar los síntomas de ansiedad carecían de validez para su uso en este rango de edad (Hirshfeld-Becker, et. al. 2010).

Por otra parte, como se ha observado, la investigación ha demostrado que la terapia cognitiva conductual es un tratamiento eficaz para la fobia específica en la niñez, no obstante, no todos los afectados reciben tratamiento. Por lo cual, en el siguiente

estudio se buscó evaluar la efectividad de la terapia cognitiva conductual administrada por Internet para infantes con fobia específica con el fin de aumentar la disponibilidad de tratamientos empíricos (Vigerland, Thulin, Ljótsson, Svirsky, Öst, Lindefors & Serlachius, 2013). La muestra consistió en 30 sujetos suizos de 8 a 12 años de edad y sus padres. Los participantes cumplían con los criterios para una fobia específica como diagnóstico principal. En la primera sesión, se realizó una entrevista semi-estructurada a los padres y a los niños para evaluar los criterios diagnósticos según el DSM-IV en el infante, también se aplicó la escala de evaluación global de los niños para evaluar su funcionamiento y un test para evaluar la ansiedad y calidad de vida reportada por los infantes. Todas las evaluaciones se realizaron pre-tratamiento, post-tratamiento y después de tres meses de haber concluido la terapia. Posteriormente, los participantes recibieron seis semanas de terapia vía internet. El tratamiento estuvo basado en 11 módulos que debían ser completados en estas semanas. Los seis primeros módulos estaban dirigidos a los padres y consistieron en información acerca de la fobia específica, la terapia cognitiva conductual, metas y jerarquías de exposición, estrategias de afrontamiento, exposición, sistemas de recompensas y manejo de obstáculos. Los siguientes módulos estaban dirigidos hacia los infantes e incluyeron información sobre el miedo, la fobia específica, metas y jerarquías de exposición, estrategias de afrontamiento y exposición. El objetivo principal de la terapia era enseñar a los participantes técnicas para superar los temores y comenzar los ejercicios de exposición. Los resultados mostraron una reducción significativa en la medida de auto informe sobre la ansiedad y también una mejora significativa en la escala de evaluación global de los niños y de calidad de vida. El 35% de los individuos en la evaluación post- tratamiento ya no cumplían los criterios para

fobia específica, por lo tanto, en este porcentaje hubo una remisión de síntomas. Los efectos se mantuvieron a los tres meses de seguimiento. Igualmente, el 80% de los niños informaron que percibieron al tratamiento como efectivo y satisfactorio. Finalmente, el estudio mostro ciertas limitaciones ya que no hubo un grupo de control, los participantes fueron auto-remitidos y los padres participantes tenían todos una alta educación y nivel de funcionamiento, por lo cual, no se considera apropiado generalizar los resultados (Vigerland, Thulin, Ljótsson, Svirsky, Öst, Lindefors & Serlachius, 2013).

#### *Tratamiento de una sola sesión*

Para los infantes con fobia específica, una variante del tratamiento cognitivo-conductual llamado tratamiento de una sesión se considera un tratamiento de primera línea y existen varios estudios que demuestran su efectividad (Ryan, Strege, Oar & Ollendick, 2017). El tratamiento de una sola sesión es una forma de terapia de exposición masiva para el tratamiento de fobias específicas. Combina exposición, modelado, desafíos cognitivos y refuerzo en una sola sesión, maximizada que se la realiza en tres horas. Los clientes se exponen gradualmente a los pasos de su jerarquía de miedo utilizando experimentos conductuales dirigidos por el terapeuta. Los fundamentos de esta intervención son la exposición in vivo y el modelado de participantes, con el objetivo de una exposición graduada, sistemática y prolongada a los estímulos temidos combinados con la reestructuración cognitiva. La exposición en el tratamiento de una sola sesión se lleva a cabo de una manera que permite la evaluación de las cogniciones catastróficas del paciente sobre el estímulo fóbico. El componente de exposición se lleva a cabo de manera diferente a los procedimientos in vivo típicos. En lugar de una jerarquía formal y lineal, la exposición in vivo progresa como una serie de experimentos de

comportamiento. Se sugiere que los experimentos de comportamiento funcionen de tres maneras: para fomentar la habituación y la extinción del miedo, para permitir el desafío de las cogniciones catastróficas, y para evitar la evitación conductual y cognitiva.

Durante el experimento, el terapeuta le pide al cliente que describa sus cogniciones catastróficas y le alienta a extraer conclusiones más racionales de las interacciones con el estímulo. Después de un experimento, se discute el éxito o el fracaso del sujeto en la tarea y el siguiente experimento de comportamiento resulta de esta discusión. El objetivo durante cada paso en la jerarquía de miedo del cliente es exponer al individuo al estímulo temido hasta que el informe subjetivo de su ansiedad disminuya al menos en un 50% o haya desaparecido por completo (Zlomke, & Davis, 2008). Esto se logra mediante la prevención de la evitación conductual y cognitiva hasta que la ansiedad haya disminuido. En la terapia de una sola sesión el terapeuta busca que el paciente no evite el estímulo fóbico. Si durante la realización de un paso el sujeto no quiere acercarse más, el terapeuta intenta activamente evitar que el cliente se mueva o desvíe la mirada. Además, se debe evitar la evitación cognitiva. Esto requiere que el terapeuta se ocupe activamente de las cogniciones catastróficas del cliente durante el tratamiento y aliente al cliente a darse cuenta de que las temidas consecuencias negativas no ocurrirán o que, si ocurren, no son tan aversivas como se anticipó. El terapeuta regularmente está atento a las valoraciones subjetivas del paciente sobre la angustia, las sensaciones físicas y los pensamientos y pide continuamente al paciente que las informe en voz alta. Estas respuestas verbales del cliente le dan retroalimentación al terapeuta para que permanezca con el paciente o que el terapeuta puede sentarse y dejar que el cliente experimente el momento por sí mismo,

fomentando las ganancias obtenidas en cada paso de exposición (Zlomke, & Davis, 2008).

En un estudio reciente se examinó la eficacia de la terapia de una sola sesión en el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social como trastornos comorbidos de fobia específica. Un total de 54 individuos de 7 a 15 años de edad fueron divididos en grupos. Cada grupo contaba con sujetos que tenían fobia específica y comorbidad con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad social, los grupos fueron emparejados por edad, sexo y tipo de fobia. Primeramente, se les aplicó el programa de entrevistas de trastornos de ansiedad DSM-IV, versión niño y padres, y los formularios de evaluación de mejoras clínicas. Posteriormente, el infante durante tres horas se expuso gradualmente al estímulo fóbico y el terapeuta ayudó al niño a desafiar las distorsiones cognitivas asociadas con el estímulo fóbico. Después de la intervención, el terapeuta llevó a cabo cuatro chequeos telefónicos semanales con los padres para evaluar al infante. En la evaluación posterior al tratamiento, el 50,0% del grupo con trastorno de ansiedad generalizada comorbido y el 38,9% del grupo de ansiedad social estaban libres de diagnóstico de fobia específica y su trastorno comorbido. En la evaluación de seguimiento de seis meses, esos porcentajes de remisión aumentaron al 77,8% en el grupo de ansiedad generalizada y 66,7%, en el grupo de ansiedad social. No obstante, el estudio cuenta con limitaciones. En primer lugar, aunque la muestra estuvo bien caracterizada y diagnosticada con fiabilidad, se trató de una pequeña muestra relativamente homogénea de familias caucásicas de clase media. Así mismo, en el estudio no se utilizó un grupo control (Ryan, Strege, Oar & Ollendick, 2017). Los datos son consistentes con otra investigación, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad del

tratamiento de una sesión para la fobia sangre-inyección en niños y adolescentes. La muestra consistió en 24 individuos de 8 a 18 años de edad con un diagnóstico primario de fobia sangre-inyección. Se utilizaron varias medidas para evaluar a los participantes, estas incluyeron la gravedad diagnóstica, el estado de diagnóstico, las calificaciones de temor de niños y padres, la evitación durante las tareas de evitación del comportamiento, el funcionamiento global y la ansiedad reportados por los infantes y los padres. En primer lugar, los padres y los niños asistieron a una sesión de psicoeducación sobre la fobia y la terapia. Una semana después de su sesión de educación, los participantes completaron el tratamiento de una sola sesión. La intervención incluyó 3 horas de terapia de exposición graduada junto con desafíos cognitivos, práctica reforzada y psicoeducación y entrenamiento de habilidades. Los sujetos completaron una serie de tareas de exposición para enfrentar gradualmente los estímulos fóbicos. Al finalizar la intervención, el terapeuta realizó una llamada telefónica semanas durante 4 semanas para revisar el progreso del niño y que continuara con la práctica de exposición cada semana en casa. Posteriormente, se revisó la eficacia del tratamiento, con un seguimiento de 1 mes y de 3 meses. En las medidas el post-tratamiento, el 33,33% de los niños estaban libres de diagnóstico de fobia específica. En el seguimiento de 1 mes el 58,33% de infantes estaban libres de diagnóstico y en el seguimiento de tres meses el 62,5% mostraba remisión de síntomas. Una de las limitaciones del estudio fue que la muestra fue predominantemente caucásica con nivel socioeconómicos de clase media a alta. Otra limitación fue la falta de seguimiento después de 3 meses (Oar, Farrell, Waters, Conlon & Ollendick, 2015).

Finalmente, en un meta análisis realizado por Ollendick & Davis III (2013), cuyo propósito fue revisar el estado del tratamiento de una sesión para fobias específicas en niños y adolescentes. Se analizaron ocho estudios que han examinado la eficacia de la terapia de una sola sesión en sujetos entre 7 y 17 años, realizados en Australia, Austria, los Países Bajos, los Estados Unidos y Suecia. El meta análisis concluyó que la terapia de una sola sesión es actualmente el tratamiento de elección para los niños con fobias específicas. También se concluyó que es un tratamiento plausible para los infantes con fobia específica que son comórbidas con otros trastornos de ansiedad. Igualmente, se encontró que los niños experimentan este tipo de intervención positivamente y se ha reportado un nivel alto de satisfacción hacia el tratamiento por parte de padres e infantes. La principal limitación del estudio es que solo se utilizaron investigaciones en las cuales los participantes fueron caucásicos y de nivel económico medio (Ollendick & Davis III, 2013)

#### *Tratamiento Farmacológico*

Actualmente, existen varias investigaciones científicas que han mostrado resultados positivos en el uso de psicofármacos para la remisión de síntomas en infantes con trastornos de ansiedad, no obstante, la evidencia científica con respecto al uso de medicamentos en niños con fobia específica son muy escasos (Muris, 2014). Hasta la fecha, sólo se han publicado algunos informes de casos y pequeños ensayos controlados. Por lo tanto, debido a la falta de evidencia los fármacos se utilizan a menudo como un tratamiento alternativo para infantes con fobia específica que no han respondido a las terapias psicológicas de primera línea (Flessner & Piacentini, 2017). La evidencia sugiere que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son medicamentos

de primera línea para los trastornos de ansiedad pediátrica y que estos son beneficiosos si se prescriben y supervisan adecuadamente (Connolly, Suarez & Sylvester, 2011). Este psicofármaco es un antidepresivo que inhibe selectivamente la recaptación de serotonina, lo que conduce a un aumento del neurotransmisor en la hendidura sináptica (Muris, 2014). En una investigación, se administró por nueve semanas fluoxetina (ISRS) a 16 infantes de 9 a 18 años de edad con trastornos de ansiedad, de los cuales, 6 tenían fobia específica. Después de no responder a la psicoterapia breve, los sujetos iniciaron con dosis bajas de 5mg al día de fluoxetina, la dosis aumentó cada semana hasta que se produjera una mejoría, llegando a un máximo de 40 mg por día. Los hallazgos mostraron que el 66% de los participantes con fobia específica mostraron una remisión de síntomas después de las nueve semanas. La limitación principal fue que la gran mayoría de los participantes eran de raza blanca y se descartó de la investigación a los sujetos con trastornos comorbidos, por lo cual, no se puede generalizar los hallazgos (Ollendick & March, 2004). Igualmente, se realizó un estudio casos de infantes con fobia a la asfixia severa y refractaria a quienes se les administro dosis bajas de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. El estudio consistió en un análisis casos de tres infantes, el primero, era un sujeto de 7 años de edad referido a un hospital psiquiátrico debido a que por la fobia se negaba a ingerir alimentos sólidos; primeramente, se realizó breves intervenciones cognitivas a las cuales el individuo no respondió. Luego, se prescribió ISRS de 12,5 mg al día y en el seguimiento varias semanas después su ansiedad había disminuido significativamente y estaba comiendo nuevamente. El segundo caso, fue un infante de 10 años de edad con un diagnóstico comorbido de fobia específica y trastorno obsesivo compulsivo. Se le administro 20mg al día de ISRS y tres semanas después sus



síntomas habían disminuido al rango subclínico y permaneció sin síntomas casi un año después. Finalmente, el tercer caso, era una niña de 12 años de edad que fue diagnosticada con trastorno obsesivo-compulsivo y fobia específica. Luego de 5 semanas con ISRS de 10 mg al día los síntomas de ansiedad se habían estabilizado en el rango subclínico. Después de 9 meses de tratamiento con el psicofármaco, los síntomas estaban en remisión. Por lo tanto, estos casos sugieren que el tratamiento con dosis bajas de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina puede estar asociado con una mejora rápida y sostenida en infantes con fobia a la asfixia severa y refractaria. Sin embargo, el tamaño de la muestra es pequeño, lo cual, es una limitación y por lo cual los casos están lejos de ser concluyentes (Banerjee, Bhandari, & Rosenberg, 2005).

Por otra parte, un nuevo tratamiento farmacológico que está en desarrollo para la fobia específica es el uso de D-cycloserine, un potenciador cognitivo, para aumentar la terapia de exposición. Este psicofármaco se ha encontrado en estudios clínicos que ayuda a acelerar la reducción del miedo durante la exposición. Se piensa que trabaja a través de su efecto sobre la formación y la consolidación del aprendizaje de la extinción del miedo (Flessner & Piacentini, 2017). En un primer estudio, se examinó si el uso de D-Cicloserina puede ayudar a tener mejores resultados en el tratamiento de fobias específicas en niños, generalizando el aprendizaje de la extinción del miedo a través de diferentes estímulos y contextos. La muestra consistió en infantes de 6 a 14 años de edad con fobias animales. Se realizó una terapia de exposición individual de una sola sesión que duraba aproximadamente una hora. El terapeuta fue aumentando gradualmente el contacto real del infante con el estímulo fóbico, también se emplearon fotos y juguetes del estímulo temido. Así mismo, los participantes recibieron 50 mg de D-Cicloserina

(n=18) o placebo (n=17) en cápsulas de gelatina idénticas aproximadamente 1 hora antes del tratamiento. Una semana después se examinó si el miedo al estímulo fóbico había retornado o estaba en remisión. La evitación y el miedo se midieron con las Pruebas de Aproximación de Comportamiento (BAT), en las que se pidió al infante que aumentara la proximidad al estímulo mientras reportaba su nivel de temor. Los resultados indicaron que no hubieron diferencias significativas entre los grupos en el rendimiento de las pruebas para medir el miedo BAT durante la sesión de exposición cuando el estímulo se presentó en el contexto del tratamiento. No obstante, cuando el estímulo se presentó en un contexto distinto el grupo que recibió D-Cicloserina mostró menor evitación y menor nivel de temor. Por lo tanto, la D-Cicloserina ayudó a los infantes a retener mejor su aprendizaje de la extinción del miedo. Se debe tomar en cuenta como limitaciones del estudio que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño y que no se evaluaron los efectos a largo plazo de la D-cicloserina (Byrne, Rapee, Richardson, Malhi, Jones, & Hudson, 2015).

Debido a los estudios recientes acerca del uso de D-cicloserina en los trastornos de ansiedad pediátrica, Roberts, Farrell, Waters, Oar, & Ollendick (2016) en una investigación buscaron examinar la percepción de los padres de infantes con fobia específica en cuanto a la aceptabilidad, credibilidad y eficacia del tratamiento psicológico de modificación del sesgo de atención en conjunto con el uso de D-cicloserina, en comparación con la terapia cognitiva conductual y el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los participantes fueron los padres de 72 niños y adolescentes de 7 a 17 años de edad con una fobia específica. Los criterios de exclusión que se utilizaron fueron que ningún infante tenga una dificultad de aprendizaje clínicamente

significativa, ideas suicidas graves, psicosis o trastornos del desarrollo; y que exista un tratamiento concurrente al momento de la inscripción al estudio. En la primera sesión de evaluación, se aplicó el programa de entrevistas sobre trastornos de ansiedad: versión para padres y versión para niños. Esta es una entrevista semi-estructurada que sirve para diagnosticar trastornos de ansiedad en la infancia. Posteriormente, los padres completaron la escala de Ansiedad de Spence que mide síntomas de ansiedad infantil. Finalmente, se administró el cuestionario de percepciones de tratamiento-versión del padres, con esto se buscó evaluar la percepción de los padres acerca de los tratamientos psicológicos y el uso de fármacos. Los resultados indicaron que existe una mayor aceptación, credibilidad y eficacia percibida por los padres hacia la terapia cognitiva conductual en comparación a la terapia de modificación del sesgo de atención y a los tratamientos farmacológicos para el tratamiento de fobias en la infancia. No obstante, se encontró que los padres percibieron como más aceptable y efectivo el uso de D-cicloserina en cuanto a los efectos de largo plazo en comparación con el uso de ISRS. El estudio tuvo ciertas limitaciones, primeramente, el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño y no se tomó en cuenta diferencias sociodemográficas entre los grupos, así mismo, las percepciones de tratamiento del infante no se obtuvieron en el presente estudio y, por lo tanto, se desconocen sus percepciones y preferencias (Roberts, Farrell, Waters, Oar, & Ollendick, 2016).

De manera semejante, Deacon, Abramowitz, Dammann & Whiteside (2007), examinaron en una investigación que tratamientos los padres perciben más aceptables y eficaces para el trastorno de ansiedad de sus hijos. En el estudio participaron 71 padres de infantes hombres y mujeres de 5 a 18 años de edad evaluados en una Clínica de

Trastornos de Ansiedad de Niños y Adolescentes. Todos los niños presentaron un trastorno de ansiedad como su principal diagnóstico, incluyendo fobia específica.

Primeramente, se preguntó a los padres si su hijo había recibido previamente, o estaba recibiendo actualmente terapia cognitiva conductual, medicamentos o alguna terapia de otro tipo para el trastorno de ansiedad. Así mismo, se aplicó el cuestionario de Percepción de Tratamiento-Versión de Padres para evaluar las percepciones de los padres sobre la farmacoterapia y la terapia cognitiva-conductual para la ansiedad infantil.

Posteriormente, se administró la Escala de Spence de ansiedad versión padres para medir lo que informan los padres acerca de los síntomas de ansiedad en sus hijos. Los hallazgos mostraron que el 54,5% preferían la terapia cognitiva conductual para sus hijos como primera opción, un 7,3% tenía una preferencia hacia la medicación y el 38,2% prefería una combinación de terapia cognitiva conductual y fármacos. También se observó que ningún padre indicó como no aceptable la terapia cognitiva conductual, mientras que el 15,3% indicaron que preferirían no incluir medicación en el tratamiento de ansiedad. Los padres percibieron como más aceptable y eficaz la terapia psicológica que la farmacoterapia. No obstante, cabe mencionar que la investigación tuvo varias limitaciones, no se obtuvieron calificaciones de los niños, por lo que sus percepciones y preferencias de tratamiento son desconocidas. Igualmente, la mayoría de los padres participantes en el presente estudio tienen un título universitario y son de raza caucásica, por lo tanto, es incierto hasta qué punto los resultados se pueden generalizar a los padres de otros orígenes (Brown, Deacon, Abramowitz, Dammann, & Whiteside, 2007).

## **METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Justificación de la metodología seleccionada**

La pregunta de investigación del presente estudio es ¿cuáles son los factores percibidos en niños ecuatorianos de 9 a 12 años para la remisión de síntomas del desorden de fobias específicas?, por lo tanto, tomando en consideración el tipo de pregunta se considera apropiado usar una metodología cualitativa a través de una entrevista semi-estructurada dirigida a los infantes para contestar dicha pregunta.

Dado que el propósito del presente estudio es explorar y comprender los factores percibidos en niños de 9 a 12 años de edad para la remisión de síntomas en fobias específicas, como se mencionó, la metodología de investigación que se ha escogido es la cualitativa. Se ha elegido este diseño de investigación ya que un estudio cualitativo busca comprender la experiencia de la persona por medio de sus palabras, acciones o registros, lo cual es necesario para responder la pregunta de investigación del estudio. Este tipo de investigación es exploratoria y ayuda a entender cierta situación tal como la construyen los participantes, intenta capturar lo que dice la gente y cómo las personas interpretan el mundo. El objetivo de la investigación cualitativa es descubrir patrones que surgen después de una observación minuciosa, una documentación cuidadosa y un análisis cuidadoso del tema de investigación. La investigación cualitativa se interesa en analizar y responder preguntas exploratorias y descriptivas. El resultado de estos estudios no es la generalización de los resultados, sino una comprensión más profunda de la experiencia desde la perspectiva de los participantes. Este diseño de investigación es necesario para explorar y analizar los factores que los niños han percibido para la remisión de síntomas

del trastorno de fobia específica (Maykut, Maykut, & Morehouse, 1994). Igualmente, se utilizará una entrevista semi-estructurada con el propósito de analizar cuáles fueron los factores que los infantes percibieron que ayudaron a la remisión de síntomas del trastorno de fobia específica. Se seleccionó este tipo de metodología para la recolección de datos puesto que los datos de la investigación cualitativa suelen ser palabras y acciones de las personas y, por lo tanto, requieren métodos que permitan al investigador captar el lenguaje y el comportamiento. Una entrevista semi-estructurada permite una comprensión profunda de las opiniones de los participantes, lo cual es el objetivo del presente estudio (Maykut, Maykut, & Morehouse, 1994). Igualmente, se tiene una secuencia de los temas que se van a abarcar pero el entrevistador también puede cambiar esta secuencia y flexibilizar las preguntas para captar de mejor manera lo narrado por los individuos (Kvale & Brinkmann, 1996). Por medio de este método de recolección de datos es posible conseguir que los infantes compartan con el investigador sus percepciones y experiencias con respecto al tema que está siendo investigado.

La investigación cualitativa usa la recolección de datos sin medición numérica, para de esta manera detallar o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación (Hernández, Fernández, & Baptista, 2011). En la investigación cualitativa, se busca desarrollar entendimientos de los fenómenos en estudio, basándose lo más posible en la perspectiva de los individuos que están siendo estudiados (Hernández et al., 2011). En otras palabras, la investigación cualitativa se presta para entender las perspectivas de los participantes, para definir fenómenos en términos de significados experimentados y variaciones observadas, y para desarrollar la teoría a partir del trabajo de campo (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999). En este tipo de metodología de

investigación la recolección de datos no se la realizada de forma estandarizada ni predeterminada y el análisis de dichos datos no es estadístico debido a que no hay medición numérica (Hernández et al. 2011).

Por otra parte, para obtener la información acerca de la experiencia, percepciones y opiniones de los infantes acerca de lo que influye para la remisión de síntomas del trastorno de fobia específica se va a utilizar una entrevista semi-estructurada, la cual es un método muy utilizado en las investigaciones de carácter cualitativo para la obtención de datos. Este tipo de entrevista es un intercambio verbal donde una persona, el entrevistador, busca obtener información de otra persona por medio de diversas preguntas. Para diseñar la preguntas, primeramente, se establecerá el foco de la investigación, a continuación, se debe realizar una sesión de lluvia de ideas para que el investigador pueda considerar qué es lo que le gustaría explorar con los sujetos a fin de comprender el fenómeno que se estudia (Maykut, Maykut & Morehouse, 1994). Luego, se analizará la lluvia de ideas en busca de similitudes y se agrupará las ideas similares. Estas ideas similares pueden ser posibles categorías de investigación para la entrevista. Posteriormente, se debe seleccionar las categorías de investigación de mayor interés para lograr el objetivo del estudio. Segundo, se desarrollarán varias preguntas de final abierto para cada categoría de investigación, las preguntas abiertas ayudan al investigador a articular más claramente lo que quiere descubrir e invitan al sujeto a participar en una conversación (Maykut, Maykut & Morehouse, 1994). A partir de estas preguntas se selecciona aquellas abarcan los temas de mayor interés para explorar. Luego, se debe secuenciar las preguntas. Es importante que la entrevista comience sin un marco de preguntas que sean polémicas y que estas se centren en las experiencias de los

participantes. Sin embargo, no existe una única forma única de secuenciar las preguntas, en realidad la secuencia la establece el participante y el trabajo del entrevistador es ser receptivo para reunir información (Maykut, Maykut & Morehouse, 1994).

Aunque el entrevistador prepara una lista de preguntas predeterminadas, se pueden ir agregando otras para conseguir la información necesaria para la investigación. Las entrevistas semi-estructuradas se desarrollan en una conversación que ofrece a los participantes la oportunidad de explorar cuestiones que consideran importantes (Longhurst, 2003). También ofrecen una visión general de la entrevista y ayuda a comprender mejor la pregunta de la investigación. Además, este tipo de entrevista es un medio versátil para recopilar datos, de modo que proporciona un formato más apropiado para discutir temas delicados. Por lo tanto, la entrevista semi-estructurada tiene un formato que da mayor flexibilidad al entrevistador y al participante sobre el contenido de la entrevista (Miles, Maykut & Gilbert, 2005). Por medio de este formato de entrevista se puede conseguir que los infantes compartan con el investigador sus percepciones y experiencias con respecto al tema que está siendo investigado.

El objetivo de realizar una entrevista semi-estructurada a los participantes es identificar los factores que fueron percibidos para la remisión de síntomas de su fobia específica. La información que se recolectó fue por medio de un audio para de esta manera no perder ningún detalle relevante, posteriormente, la investigadora transcribirá los audios para analizarlos con mayor precisión encontrados (Maykut, Maykut y Morehouse, 1994). Se utilizar el método comparativo constante de análisis de datos cualitativos cuyo objetivo es identificar una gran variedad de experiencias, ideas, conceptos y temas potencialmente importantes en los datos. El descubrimiento se produce



a lo largo de la recopilación de datos, ya que las ideas recurrentes se van registrando y se comparan los patrones encontrados (Maykut, Maykut y Morehouse, 1994). Los datos obtenidos de cada entrevista serán examinados para determinar los temas recurrentes y específicos del fenómeno que está siendo investigado. Los temas que vayan siendo encontrados como recurrentes serán aquellos factores que fueron percibidos por los infantes para la remisión de síntomas de su fobia específica, estos factores van a ser categorizados en dos dependiendo de la frecuencia en que se los vaya identificando : factores principales y factores secundarios. Igualmente, los factores que sean encontrados serán tabulados para que se pueda analizar su frecuencia y categorizarlos en principales y secundarios. Se considerara como factores principales aquellos que se repitan mínimo en 6 de las 8 entrevistas que se realizaran. Por otro lado, los factores secundarios van a ser considerados los que aparezcan entre 3 a 5 entrevistas de las 8 que van a realizarse (Maykut, Maykut y Morehouse, 1994).

### **Participantes**

Las investigaciones han indicado que no hay existen reglas establecidas para determinar el tamaño de la muestra en investigaciones con metodología cualitativa y que el número de participantes debe estar determinado por las necesidades individuales de cada estudio (Maykut, Maykut & Morehouse, 1994). Por lo tanto, en este estudio se han seleccionado 8 infantes de 9 a 12 años de edad, de estrato socioeconómico alto que hayan tenido un trastorno de fobia específica y que estén en remisión de síntomas por 1 año o más para participar en la investigación. Al utilizar entrevistas semi-estructuradas se ha observado que ocho participantes proporcionaron una cantidad adecuada de datos para lograr la saturación y obtener una cantidad suficiente de datos (Maykut, Maykut y

Morehouse, 1994). Para esto se ira a cinco colegios privados de la ciudad de Quito para reclutar participantes de cuarto, quinto y sexto grado que cumplan con los criterios para participar en el presente estudio. Para los infantes que participen en la investigación se les administrara tanto a ellos como a sus padres el cuestionario del DSM IV-TR para determinar si existió un diagnóstico de fobia específica y si actualmente, se encuentran en remisión de síntomas. Posteriormente, se va a seleccionar a ocho niños que cumplan con los criterios de inclusión a través de un muestreo probabilístico simple.

### **Herramientas de Investigación Utilizadas**

La herramienta de investigación que será utilizada para este estudio es una entrevista individual semi-estructurada que será aplicada a los ocho infantes de 9 a 12 años que participaran. La entrevista fue diseñada a partir de una revisión de literatura acerca del trastorno de fobia específica en niños, las terapias y métodos que han sido efectivos para la remisión de síntomas en las edades respectivas, los ítems también fueron diseñados para que los sujetos puedan exponer sus percepciones. Las preguntas de la entrevista seguirán un formato previamente establecido y tendrán un lenguaje claro y acorde a la edad de los participantes. Así mismo, proporcionará información importante y valiosa para la investigación, puesto que los infantes contestaran diversas preguntas relacionados con el tema de interés del estudio. Se ha seleccionado la entrevista semi-estructurada para este estudio por diversas razones, primeramente, las preguntas se pueden preparar con anticipación y esto permite al entrevistador estar preparado, igualmente, posibilita a los informantes tener la libertad de expresar sus puntos de vista en sus propios términos, y puede proporcionar datos cualitativos confiables y comparables (Cohen & Crabtree, 2006). También facilita la aclaración de cuestiones

interesantes y relevantes planteadas por los encuestados, proporciona oportunidades para explorar cuestiones delicadas, permite al entrevistador explorar y clarificar inconsistencias dentro de lo que informan los participantes. Por otra parte, se ha argumentado que la redacción y la secuencia de todas las preguntas en este tipo de entrevista son exactamente las mismas para cada encuestado, al igual que las condiciones en las cuales se las administrara (Louise Barriball & While, 1994).

### **Procedimiento de recolección y Análisis de Datos**

Para reclutar a los participantes para este estudio, primero se entregará una carta a cinco colegios privados de la ciudad de Quito para autorizar publicar volantes en las secciones de información acerca del presente estudio. Cuando la solicitud sea aceptada por los colegios se pegaran volantes que contengan toda la información acerca del estudio en sitios estratégicos a los cuales los padres de familia tengan acceso. Los individuos que respondan a los volantes y que cumplan con los criterios de inclusión previamente expuestos van a ser seleccionados por medio de un muestreo aleatorio simple.

Cuando ya hayan sido seleccionados los participantes se enviará un email a los padres de familia con todos los datos e información que explica y detalla la investigación. A los sujetos que acepten participar en el estudio se les entregara un consentimiento informado, el cual deben firmar antes de comenzar con la participación en el estudio, una vez firmado se les entregará 25 dólares a manera de retribución por su participación. Las entrevistas que se administrará a los infantes se va a realizar en la oficina de psicología de cada colegio.

Para analizar los datos obtenidos se utilizar el método comparativo constante de análisis de datos cualitativos cuyo objetivo es identificar una gran variedad de

experiencias, ideas, conceptos y temas potencialmente importantes en los datos. El descubrimiento se produce a lo largo de la recopilación de datos, ya que las ideas recurrentes se van registrando y se comparan los patrones encontrados. Los datos obtenidos de cada entrevista serán examinados para determinar los temas recurrentes y específicos del fenómeno que está siendo investigado (Maykut, Maykut y Morehouse, 1994). Los temas que vayan siendo encontrados como recurrentes serán aquellos factores que fueron percibidos por los infantes para la remisión de síntomas de su fobia específica, estos factores van a ser categorizados en dos dependiendo de la frecuencia en que se los vaya identificando: factores principales y factores secundarios. Igualmente, los factores que sean encontrados serán tabulados para que se pueda analizar su frecuencia y categorizarlos en principales y secundarios. Se considerara como factores principales aquellos que se repitan mínimo en 6 de las 8 entrevistas que se realizaran. Por otro lado, los factores secundarios van a ser considerados los que aparezcan entre 3 a 5 entrevistas de las 8 que van a realizarse (Maykut, Maykut y Morehouse, 1994).

### **Consideraciones Éticas**

En esta investigación se respetaran todas las consideraciones éticas que están relacionadas a un estudio que involucra individuos. Primeramente, se buscará la autorización institucional de los colegios para publicar los volantes, dando a estos información sobre la propuesta de estudio. Se proveerá información precisa acerca de las propuestas de investigación y se obtendrá la autorización correspondiente antes de realizar la investigación. Se dirigirá la investigación de acuerdo con el protocolo autorizado, aplicando el Código de Ética APA, en el código 8.01 (Autorización Institucional). Posteriormente, antes del estudio, debido a que los participantes son

menores de edad, sus padres deberán firmar un consentimiento informado que tendrá un lenguaje comprensible, en donde se expondrá el propósito del estudio, la duración aproximada, los procedimientos, los límites de la confidencialidad, los incentivos que se proporcionaran por la participación, el derecho a rehusarse a participar y retirarse del estudio en cualquier momento si lo consideran necesario, cualquier beneficio posible del estudio y los datos de a quien pueden contactar si tienen algún cuestionamiento con respecto a la investigación y se aclarará que la participación es completamente voluntaria (Código de Ética APA 8.02,. Consentimiento informado para la investigación). Para asegurar el anonimato de los individuos, toda la información y datos recopilados serán totalmente confidenciales para prevenir cualquier consecuencia negativa y se explicara a los participantes y a sus padres que lo obtenido durante la investigación será utilizado únicamente para el estudio. Igualmente, se ofrecerá a los participantes la oportunidad de acceder a la información acerca de la naturaleza, resultados y conclusiones del estudio y se tomaran las medidas necesarias para aclarar cualquier duda o mal entendido que pudo ocurrir como se estipula en el Código de Ética APA en el código 8.08 (a), (Interrogatorio-Debriefing). Así mismo, se obtendrá un consentimiento informado de los participantes para grabar sus voces durante la entrevista semi estructurada con el fin de obtener la mayor información posible (Código de Ética APA 8.03, Consentimiento informado para la grabación de voces e imágenes en investigación). Finalmente, se administraran, adaptaran, calificaran, interpretaran y utilizaran entrevistas, de forma y con un propósito apropiado. El instrumento de evaluación que se utilizara será apropiado para el idioma de preferencia y la competencia del individuo ( Código de Ética APA 9.02 (b), Uso de las evaluaciones), (American Psychological Association, 2010) .

## RESULTADOS ESPERADOS

En esta sección del estudio se va a responder a la pregunta de investigación que fue planteada, donde se busca conocer por medio de los resultados del análisis cualitativo la percepción de los infantes de 9 a 12 años de edad de la ciudad de Quito, acerca de los factores que influenciaron para la remisión de síntomas de la fobia específica. Luego de analizar la revisión de la literatura en esta investigación se ha observado que en particular, la intervención de práctica reforzada parece ser altamente eficaz para aliviar el miedo subjetivo y los síntomas conductuales en los infantes, igualmente, el tratamiento de una sola sesión parece ser muy efectivo para reducir el miedo subjetivo y los síntomas conductuales. El hallazgo de la terapia de una sola sesión no es sorprendente dado que incorpora aspectos de la práctica reforzada (Davis, & Ollendick, 2005). Así mismo, se ha encontrado que esta terapia funciona bastante bien para una variedad de fobias incluyendo a las de arañas, las de perros, insectos, tormentas, alturas y agua (Davis, Ollendick, & Öst, 2009). En consecuencia, ha aumentado la presión sobre los médicos para que ofrezcan servicios que se relacionen con el estilo de vida acelerado de la sociedad. Como el tratamiento de una sola sesión ahora se ofrece en un formato económico y eficiente en términos de tiempo, demostrar su eficacia en niños sirve para contribuir a la evidencia empírica que amplía la diversidad de tratamiento (Flatt & King, 2010). Adicionalmente, como se mencionó en la revisión de la literatura la fobia tiene tres componentes principales que son la evitación, el miedo subjetivo y la excitación fisiológica (Allen, Allen, Austin, Waldron & Ollendick, 2015). Por lo tanto, estas intervenciones se han visto eficaces en abordar estos componentes esenciales del

trastorno de fobia específica en infantes.

Ahora bien, la literatura ha indicado que las fobias en los niños también están caracterizadas por pensamientos catastróficos acerca de que un acontecimiento terrible pasara por la exposición al estímulo fóbico. Igualmente, los niños intentan evadir persistentemente el objeto o situación fóbica (Mash & Barkley, 2003). Por lo cual, la revisión literaria mostro que la terapia cognitiva conductual es prometedora en la remisión de síntomas en infantes puesto que se enfoca en la cognición y el comportamiento. Esta terapia puede considerarse probablemente eficaz para el alivio del miedo subjetivo. Esta terapia se ha visto efectiva cambiando intenta cambiar la cognición catastrófica y el comportamiento de evitación asociado con una respuesta emocional (Davis, & Ollendick, 2005). Dado que la terapia cognitiva conductual generalmente incorpora las técnicas conductuales como la exposición prolongada, la practica reforzada, entre otras, con la adición de la reestructuración cognitiva se puede esperar que sea una terapia altamente efectiva para fobias específicas en infantes (Muris, 2014). Por otra parte, la investigación ha indicado una reducción significativa en el miedo de los niños al utilizar las intervenciones de sensibilización sistemática en comparación con una condición de lista de espera. Por lo cual, los resultados son prometedores para la desensibilización sistemática pero aún necesita replicación y comparación con otras intervenciones (Davis, May, & Whiting, 2011). De la misma manera, debido a que la ansiedad que el infante siente al exponerse al estímulo fóbico, posee un componente fisiológico, la sensibilización sistemática ha sido efectiva ya que por medio del entrenamiento de relajación abarca este componente. La literatura asume la existencia de la activación de la fisiológica como una respuesta vinculada a la ansiedad que el

individuo experimenta al exponerse al estímulo fóbico debido a las distorsiones cognitivas. Por lo tanto, al incluir las intervenciones de relajación los sujetos trabajan en este componente que también es importante al momento de intervenir en la fobia específica (Conrad, & Roth, 2007).

Teniendo en mente los componentes mencionados que caracterizan y mantienen la fobia específica, en conjunto, estas intervenciones dan una alta prioridad al componente conductual y se centran en la eliminación de la evasión. Se cree que estas terapias eliminan el comportamiento de evitación, en parte, a través del uso de la exposición. Como resultado, el uso de la exposición, independientemente de la orientación teórica, es un componente importante para el tratamiento exitoso de la fobia específica. De hecho, un elemento común en la gran mayoría de los tratamientos para la fobia específica es el uso de la exposición. La exposición, ya sea in vivo o imaginario, es una característica crítica del éxito terapéutico. El objetivo de estas terapias es, sin embargo, la activación del estímulo, el significado y las unidades de respuesta almacenadas en la memoria en un grado suficiente como para que la red emocional pueda ser alterada por la nueva información. Las exposiciones graduadas se utilizan en tecnologías ecológicamente racionales para activar las redes emocionales de una manera sistemática, planificada y controlada. Como se demostró en nuestra revisión, las tácticas que un terapeuta elige enfatizar durante una exposición son dictadas por la intervención elegida (Davis, & Ollendick, 2005). Igualmente, se muestra que los tratamientos basados en la exposición, en formatos individuales o grupales, con y sin participación de los padres, conducen a una respuesta de tratamiento positiva en niños con trastorno de fobia específica (Davis, Ollendick, & Öst, 2009).



Adicionalmente, la literatura revisada indica que comúnmente se percibe a la terapia cognitiva conductual como más aceptable que el uso de fármacos como los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) y que es más probable que sean eficaces a corto y largo plazo para tratar fobia específica en niños. Estos hallazgos indican que generalmente cuando se busca tratamiento para el trastorno de ansiedad en infantes se considera que la intervención cognitiva conductual es más aceptable, creíble y efectiva tanto a corto como a largo plazo. En particular, los hallazgos son consistentes ya que se observan actitudes más favorables hacia la terapia cognitiva conductual en comparación con la farmacoterapia. Estos resultados pueden sugerir que generalmente se perciben los tratamientos psicológicos como favorables, del mismo modo, se puede percibir a la medicación ISRS como desfavorable (Roberts, Farrell, Waters, Oar, y Ollendick, 2016). Además, la terapia cognitiva conductual se tiende a calificar como la primera opción sobre la farmacoterapia a pesar del hecho de que un porcentaje significativo de infantes tienen un historial de uso de medicamentos para el trastorno (Brown, Deacon, Abramowitz, Dammann, & Whiteside, 2007).

## **Discusión**

Al concluir con este estudio y teniendo en consideración la pregunta de investigación presentada, ¿Cuáles son los factores percibidos en niños ecuatorianos de 9 a 12 años para la remisión de síntomas del trastorno de fobias específicas? Por medio de la revisión literaria que ha sido expuesta a lo largo del estudio, se pueden valorar varias conclusiones con respecto a la pregunta de investigación propuesta. Fundamentándose en la literatura, se indica que un factor de éxito para la efectividad de las intervenciones para la remisión de la fobia específica en infantes es el uso de la exposición, ya sea imaginaria,

realidad virtual o in vivo. Este componente es un factor en común en la mayoría de las terapias que se han demostrado tienen eficacia en la recuperación de este trastorno. Así mismo, se ha demostrado que los tratamientos que están basados en la exposición, en cualquier formato de intervención, conducen a la reducción de síntomas y a una respuesta positiva en el proceso terapéutico para la remisión de síntomas de fobia específica en infantes (Davis, Ollendick, & Öst, 2009). Es así que, se esperaría que la exposición sea un factor que los infantes perciban como exitoso para su recuperación.

Así mismo, al comparar los tratamientos de exposición con los grupos de control sin tratamiento, los tamaños de los efectos fueron mayores que los encontrados en los meta análisis que investigan el tratamiento de exposición para el trastorno de fobia específica en niños. Los hallazgos con respecto a la superioridad relativa del tratamiento de exposición a tratamientos alternativos ofrecen evidencia más convincente en apoyo de la eficacia de los tratamientos de exposición para la fobia específica (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2008).

Por otra parte, la magnitud de los tamaños del efecto así como su solidez en múltiples dominios de evaluación y períodos de tiempo proporcionan mayor confianza en la conclusión de que los tratamientos de exposición representan el tratamiento de elección para fobias específicas en niños. Una conclusión ofrecida después de evaluar la revisión de la literatura es que la exposición in vivo es más efectiva que otros modos de exposición. Mientras que la exposición in vivo superó a los modos alternativos de exposición en el post-tratamiento, la superioridad de la exposición in vivo ya no se muestra en el seguimiento. Lo analizado en la literatura sugiere que el tratamiento de exposición cuando se realiza in vivo puede conducir a una mejoría más rápida en relación

con las formas menos directas de tratamiento de exposición. Por otra parte, se indica que la adición de estrategias cognitivas mejora el resultado del tratamiento y favorecen la exposición cuando una estrategia cognitiva se aumenta (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2008).

En este contexto, la exposición in vivo demostró buena eficacia para la mayoría de los tipos de fobia específica. El tratamiento con mayor eficacia para la mayoría de los tipos de fobia específica parece ser la terapia de exposición in vivo, y la mayoría de los estudios lo encuentran más eficaz que el placebo o el control de la lista de espera, y algunos estudios que respaldan una tasa de respuesta del 80 al 90%. Los estudios de seguimiento a largo plazo en terapia conductual sugieren que las ganancias de tratamiento generalmente se mantienen de seis meses a un año, y con frecuencia mejoran si se continúa la auto-exposición durante el período de seguimiento. La exposición a la realidad virtual puede ser comparable a la exposición in vivo terapia para el tratamiento de la fobia a la altura y la fobia a volar. Dado que la realidad virtual es un tratamiento relativamente nuevo, se necesitarían estudios controlados más amplios para demostrar su eficacia en otros subtipos de fobia. La medicación tiene un uso limitado, pero en general no es tan útil, con la excepción de la D-cicloserina, que parece prometedora como un tratamiento complementario, sin embargo, siguen siendo de preferencia las intervenciones psicosociales (Choy, Fyer, & Lipsitz, 2007). Finalmente, la literatura indica que las características del niño como el sexo, la edad y la etnia no se relacionaron con el resultado del tratamiento. Ni las percepciones de los niños sobre la relación terapéutica ni las percepciones del terapeuta sobre el nivel de involucramiento de los padres se han visto relacionadas con la remisión de síntomas en los infantes (Barrett &

Ollendick, 2004). Por lo tanto, las intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales son altamente eficaces en el tratamiento de la fobia específica en infantes y hay poca diferencia entre las diversas estrategias. Un alto porcentaje de pacientes acepta esta forma de tratamiento y, una vez en tratamiento, la gran mayoría completa el ciclo completo de la terapia (Turner, Beidel, Wolff, Spaulding, & Jacob, 1996).

### **Limitaciones del estudio**

Una vez terminada la investigación hay que mencionar ciertas limitaciones que se deben tomar en consideración ya que estas pueden impactar en los resultados del estudio. Primeramente, la muestra está limitada a un número relativamente pequeño de participantes, así mismo, el estudio estuvo enfocado en infantes de 9 a 12 años de edad de estrato socioeconómico alto y que asisten a colegios privados de la ciudad de Quito. Por lo cual, los hallazgos no se pueden generalizar a toda la población ecuatoriana puesto que la investigación se enfocó únicamente a un grupo específico de infantes. Otra limitación es que las entrevistas realizadas a los infantes fueron grabadas en audio con el fin de obtener información específica, sin embargo, esto puede ser un factor que haya influido en las respuestas de los participantes ya que se pudieron inhibir por el hecho de que estaban siendo grabados. Finalmente, hay que mencionar que los resultados que se obtuvieron en las entrevistas se basan en la percepción de los niños que ya llevan en remisión de síntomas por un año o más, por lo tanto, ya ha pasado cierto tiempo desde su recuperación lo que puede dificultar el recordar detalles específicos acerca de los factores que ellos percibieron que influenciaron en su recuperación.

## **Recomendaciones para Futuros Estudios**

Para futuras investigaciones se recomienda tener en consideración las limitaciones del presente estudio que fueron mencionadas para que se esta manera minimizar sesgos de investigación. Primeramente, se recomienda utilizar una muestra que incluya estratos económicos altos, medios y bajos para de esta manera comparar si existen diferencias en los factores percibidos para la remisión de síntomas de fobia específica con niños de diferentes estratos económicos. Igualmente, se sugiere ampliar el rango de edad de la muestra y aplicar la investigación a infantes que se encuentren en diferentes etapas de desarrollo ya que como se mencionó en la literatura los miedos varían dependiendo de la etapa en que el niño se encuentre. Por lo tanto, resultaría interesante comparar como la remisión de síntomas se percibe según la etapa de desarrollo en la que se encuentre el participante. Finalmente, sería interesante también conocer la percepción de los padres acerca de los factores de éxito para la remisión de síntomas de fobia específica en sus hijos, para de esta manera observar las diferencias entre las percepciones de los infantes y sus padres.

## BIBLIOGRAFIA

- Abbo, C., Kinyanda, E., Kizza, R. B., Levin, J., Ndyabangi, S., & Stein, D. J. (2013). Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural north-eastern Uganda. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 21.
- Allen, K., Allen, B., Austin, K., Waldron, J., & Ollendick, T. (2015). Synchrony–desynchrony in the tripartite model of fear: Predicting treatment outcome in clinically phobic children. *Behaviour research and therapy*, 71, 54-64.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. Buenos Aires. American Psychological Association. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/Codigo\\_APA.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf).
- Andrews, G., Charney, D., Sirovatka, P., & Regier, D. (2009). *Stress-induced and fear circuitry disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Pub.
- Banerjee, S., Bhandari, R., & Rosenberg, D. (2005). Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(2), 123-127.
- Barrett, P. M., & Ollendick, T. (2004). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: prevention and treatment*. John Wiley & Sons.
- Bouchard, S. (2011). Could virtual reality be effective in treating children with phobias? *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(2).
- Brown, A., Deacon, B., Abramowitz, J., Dammann, J., & Whiteside, S. (2007). Parents' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for childhood anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 45(4), 819-828.
- Byrne, S., Rapee, R., Richardson, R., Malhi, G., Jones, M., & Hudson, J. (2015). D-cycloserine enhances generalization of fear extinction in children. *Depression and anxiety*, 32(6), 408-414.
- Caporino, N., Brodman, D., Kendall, P., Albano, A., Sherrill, J., Piacentini, J., & Rynn, M. (2013). Defining treatment response and remission in child anxiety: signal detection analysis using the pediatric anxiety rating scale. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(1), 57-67.
- Capriola, N., Booker, J., & Ollendick, T. (2016). Profiles of Temperament among Youth with Specific Phobias: Implications for CBT Outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-11.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical psychology review*, 27(3), 266-286.
- Cohen, D., & Crabtree, B. (2006). Qualitative research guidelines project.
- Connolly, S., Suarez, L., & Sylvester, C. (2011). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current psychiatry reports*, 13(2), 99-110.
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how?. *Journal of anxiety disorders*, 21(3), 243-264.

- Creswell, C., Murray, L., & Cooper, P. (2014). Interpretation and expectation in childhood anxiety disorders: age effects and social specificity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 453-465.
- Cruz, M., Jenkins, R., Townsend, C. & Silverberg, D. (2008) Mental and neurological health profile of Ecuador. *International Psychiatry*, 5 (4), 93-95.
- Cummings, C., Caporino, N., & Kendall, P. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological bulletin*, 140(3), 816.
- Davis, T., & Ollendick, T. (2005). Empirically supported treatments for specific phobia in children: Do efficacious treatments address the components of a phobic response?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 144-160.
- Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Öst, L. G. (2009). Intensive treatment of specific phobias in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 294-303.
- Davis, T. E., May, A., & Whiting, S. E. (2011). Evidence-based treatment of anxiety and phobia in children and adolescents: Current status and effects on the emotional response. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 592-602.
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(8), 915-922.
- Dewis, L. M., Kirkby, K. C., Martin, F., Daniels, B. A., Gilroy, L. J., & Menzies, R. G. (2001). Computer-aided vicarious exposure versus live graded exposure for spider phobia in children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32(1), 17-27.
- Duarte, C., Hoven, C., Berganza, C., Bordin, I., Bird, H., & Miranda, C. T. (2004). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(3), 203-22.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British journal of clinical psychology*, 38(3), 215-229.
- Essau, C., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 221-231.
- Ewing, D. L., Monsen, J. J., Thompson, E. J., Cartwright-Hatton, S., & Field, A. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(5), 562-577.
- Fisher, P., Tobkes, J., Kotcher, L., & Masia-Warner, C. (2006). Psychosocial and pharmacological treatment for pediatric anxiety disorders. *Expert review of neurotherapeutics*, 6(11), 1707-1719.
- Flatt, N., & King, N. (2008). Building the case for brief psychointerventions in the treatment of specific phobias in children and adolescents. *Behaviour Change*, 25(4), 191-200.
- Flatt, N., & King, N. (2010). Brief psycho-social interventions in the treatment of specific childhood phobias: A controlled trial and a 1-year follow-up. *Behaviour Change*, 27(3), 130-153.

- Flessner, C. & Piacentini, J. (2017). *Clinical Handbook of Psychological Disorders in Children and Adolescents*. Nueva York: Guilford Publications.
- Gervaise, A. (2011). Psychology of fear: new research. Extraído el 03 de Julio de 2017 desde <http://ebookcentral.proquest.com>
- Gómez-Restrepo, C. (2005). Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 338-339.
- Grös, D., & Antony, M. (2006). The assessment and treatment of specific phobias: a review. *Current psychiatry reports*, 8(4), 298-303.
- Gutiérrez, J., Magallón, E., Rus, M., & Peñaloza, C. (2009). Virtual reality exposure therapy for school phobia. *Anuario de Psicología*, 40(2).
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2011). Metodología de la investigación.(5<sup>a</sup> ed.). México D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., ... & Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4-to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(4), 498.
- Johnco, C. J., Salloum, A., Lewin, A. B., & Storch, E. A. (2015). Refining clinical judgment of treatment response and symptom remission identification in childhood anxiety using a signal detection analysis on the pediatric anxiety rating scale. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(9), 674-683.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (1996). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Los Angeles: SAGE.
- Kim, S., Kim, B., Cho, S., Kim, J., Shin, M., Yoo, H., & Kim, H. (2010). The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *Journal of anxiety disorders*, 24(6), 629-634.
- Lieb, R., Miché, M., Gloster, A., Beesdo-Baum, K., Meyer, A., & Wittchen, H. (2016). Impact of specific phobia on the risk of onset of mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. *Depression and anxiety*, 33(7), 667-675.
- Lichtenstein, P., & Annas, P. (2000). Heritability and prevalence of specific fears and phobias in childhood. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(7), 927-937.
- Longhurst, R. (2003). Semi-structured interviews and focus groups. *Key methods in geography*, 117-132.
- Louise Barriball, K., & While, A. (1994). Collecting Data using a semi-structured interview: a discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 19(2), 328-335.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2003). *Child Psychopathology*, Guilford Press, Second Edition, New York, NY.
- Maykut, P., Maykut, P. S., & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide* (Vol. 6). Psychology Press.
- Miles, J., & Gilbert, P. (2005). *A handbook of research methods for clinical and health psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Muris, P., Merckelbach, H., de Jong, P., & Ollendick, T. H. (2002). The etiology of specific fears and phobias in children: a critique of the non-associative account.



- Behaviour Research and Therapy*, 40(2), 185-195.
- Muris, P. (2007). Normal and abnormal fear and anxiety in children and adolescents. Extraído el 10 de junio de 2017 desde <http://ebookcentral.proquest.com>
- Oar, E. L., Farrell, L. J., Waters, A. M., Conlon, E. G., & Ollendick, T. H. (2015). One session treatment for pediatric blood-injection-injury phobia: A controlled multiple baseline trial. *Behaviour research and therapy*, 73, 131-142.
- Ollendick, T. H., & Davis III, T. E. (2013). One-session treatment for specific phobias: a review of Öst's single-session exposure with children and adolescents. *Cognitive behaviour therapy*, 42(4), 275-283.
- Ollendick, T. & March, J. (2004). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents : a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ollendick, T., Raishevich, N., Davis III, T., Sirbu, C., & Öst, L. (2010). Specific phobia in youth: phenomenology and psychological characteristics. *Behavior therapy*, 41(1), 133-141.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Who-Aims:Informe Regional sobre los sistemas de salud mental en América Latina y El Caribe. Extraído el 17 de abril de 2017 desde <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- Pina, A. A., & Silverman, W. K. (2004). Clinical phenomenology, somatic symptoms, and distress in Hispanic/Latino and European American youths with anxiety disorders. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 33(2), 227-236.
- Pitts, C., Klein-Tasman, B., Osborne, J., & Mervis, C. (2016). Predictors of specific phobia in children with Williams syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(10), 1031-1042.
- Roberts, C., Farrell, L., Waters, A., Oar, E., & Ollendick, T. (2016). Parents' perceptions of novel treatments for child and adolescent specific phobia and anxiety disorders. *Child psychiatry and human development*, 47(3), 459.
- Robinson, E. H., Rotter, J. C., Fey, M. A., & Robinson, S. L. (1991). Children's fears: Toward a preventive model. *The School Counselor*, 38(3), 187-202.
- Ryan, S. M., Stregge, M. V., Oar, E. L., & Ollendick, T. H. (2017). One session treatment for specific phobias in children: Comorbid anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 54, 128-134.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Rabian, B., & Serafini, L. T. (1999). Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 675.
- Smith, R. L., & Valarezo, M. A. (2013). The foundation of counseling in the republic of Ecuador. *Journal of Counseling and Development : JCD*, 91(1), 120-124.
- Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Smith, S., Goldstein, R., Ruan, W., & Grant, B. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 37(7), 1047-1059.
- Trumpf, J., Becker, E., Vriends, N., Meyer, A., & Margraf, J. (2009). Rates and predictors of remission in young women with specific phobia: A prospective community study. *Journal of anxiety disorders*, 23(7), 958-964.

- Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S., & Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34(10), 795-804.
- Tyner, S., Brewer, A., Helman, M., Leon, Y., Pritchard, J., & Schlund, M. (2016). Nice Doggie! Contact Desensitization Plus Reinforcement Decreases Dog Phobias for Children with Autism. *Behavior analysis in practice*, 9(1), 54-57.
- Verduin, T., & Kendall, P. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 290-295.
- Vigerland, S., Thulin, U., Ljótsson, B., Svirsky, L., Öst, L., Lindefors, N., & Serlachius, E. (2013). Internet-delivered CBT for children with specific phobia: a pilot study. *Cognitive behaviour therapy*, 42(4), 303-314.
- Waters, A. M., Farrell, L. J., Zimmer-Gembeck, M. J., Milliner, E., Tiralongo, E., Donovan, C. L., ... & Ollendick, T. H. (2014). Augmenting one-session treatment of children's specific phobias with attention training to positive stimuli. *Behaviour research and therapy*, 62, 107-119.
- Waters, A., Schilpzand, E., Bell, C., Walker, L., & Baber, K. (2013). Functional gastrointestinal symptoms in children with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 151-63.
- Wolitzky-Taylor, K. , Horowitz, J., Powers, M., & Telch, M. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 28(6), 1021-1037.
- World Health Organization. (2008). Informe sobre el Sistema de salud mental en el Ecuador. *Organización Panamericana de la Salud*. Extraído el 17 de abril de 2017 desde [http://www.who.int/mental\\_health/ecuador\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf)
- Zarafshan, H., Mohammadi, M., & Salmanian, M. (2015). Prevalence of anxiety disorders among children and adolescents in Iran: a systematic review. *Iranian journal of psychiatry*, 10(1), 1.
- Zlomke, K., & Davis, T. E. (2008). One-session treatment of specific phobias: A detailed description and review of treatment efficacy. *Behavior Therapy*, 39(3), 207-223.

## ANEXO A: SOLICITUD PARA APROBACION DEL ESTUDIO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**

**Universidad San Francisco de Quito**

**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ**

**The Institutional Review Board of the USFQ**

### SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

#### INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
<b>Título de la Investigación</b>
<b>Factores percibidos en niños para la remisión de síntomas del trastorno de fobia específica</b>
<b>Investigador Principal</b> <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>
María Alejandra Sánchez Torres, Universidad San Francisco de Quito, alesanchez123@hotmail.com
<b>Co-investigadores</b> <i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>
No aplica
<b>Persona de contacto</b> <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>
Alejandra Sánchez, 032460918, 0998324998, alesanchez123@hotmail.com
<b>Nombre de director de tesis y correo electrónico</b> <i>Solo si es que aplica</i>
Esteban Utreras
<b>Fecha de inicio de la investigación</b> <i>Agosto 2017</i>
<b>Fecha de término de la investigación</b> <i>Diciembre 2017</i>
<b>Financiamiento</b> <i>No aplica</i>

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<b>Objetivo General</b> <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i>
Analizar los factores que han sido percibidos por niños de 9 a 12 años con un trastorno de fobia específica para la remisión de síntomas. Para el análisis se utilizará una metodología cualitativa con el fin de conocer a profundidad los factores que influyeron para que los infantes se recuperen del trastorno.
<b>Objetivos Específicos</b>
-Analizar el impacto de las diferentes terapias aplicadas a infantes con fobia específica. -Conocer como los infantes perciben su recuperación.

**Diseño y Metodología del estudio** *Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..*

Puesto que el propósito del presente estudio es explorar los factores percibidos en niños de 9 a 12 años de edad para la remisión de síntomas en fobias específicas, como se menciona, el tipo de estudio es cualitativo con un enfoque descriptivo. Se ha escogido esta metodología ya que se busca comprender e identificar las experiencias, opiniones, significados y acciones de los participantes. Para obtener esta información se realizará una entrevista semi-estructurada a los infantes ya que permite una mayor flexibilidad al entrevistador y al participante para hablar sobre el contenido de la entrevista, lo cual es necesario en este tipo de investigación (Miles & Gilbert, 2005).

En el estudio participarán 8 infantes de 9 a 12 años de edad, se ha escogido este número de participantes puesto que cuando se utilizan entrevistas semi-estructuradas se ha observado este número proporciona una cantidad adecuada de datos (Maykut y Morehouse, 1994).

Para el análisis de los datos se va a usar el método comparativo constante de análisis de datos cualitativos con el fin de identificar las experiencias, ideas, conceptos y temas potencialmente importantes en los datos (Maykut y Morehouse, 1994).

**Procedimientos** *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

- . Contactar a los cinco colegios privados de Quito, y explicarles el objetivo de la investigación.
- . Enviar la carta para solicitar autorización para colocar los anuncios de reclutamientos en los colegios
- . Escoger aleatoriamente a 8 participantes de aquellos que cumplan con los criterios de inclusión.
- . Explicar a los padres el propósito de la investigación y conseguir el consentimiento informado.
- . Aplicar la entrevista semi-estructurada a los infantes.
- . Analizar los datos recolectados

**Recolección y almacenamiento de los datos** *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

Los datos para la investigación serán recolectados en 5 colegios privados de la Ciudad de Quito, primeramente, se colocará en los colegios una carta de reclutamiento para reclutar a los participantes. Una vez que se escojan aleatoriamente a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión, se les realizará una entrevista semi-estructurada. Para asegurar la confidencialidad de los datos, todos los participantes habrán firmado un consentimiento informado. Los datos de la investigación únicamente tendrán acceso, la investigadora y los participantes.

**Herramientas y equipos** *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

Para la investigación se utilizó un formato de entrevista semi estructurada que cuenta con 19 preguntas abiertas que fueron realizadas en base a la revisión literaria.

## JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

*Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.*

Este estudio es importante ya que permite conocer la percepción de los infantes acerca de su recuperación de la fobia específica. Es una investigación importante ya que en la revisión literario no se ha encontrado nada con un carácter similar y debido a los problemas que puede causar este trastorno, resulta útil conocer que es lo que los niños perciben como factores de éxito para la remisión de síntomas.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	
<b>Criterios para la selección de los participantes</b>	<i>Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto</i>
Ocho niños de entre 9 y 12 años de edad que se encuentra en remisión e síntomas de una fobia específica por un año o más.	
<b>Riesgos</b>	<i>Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará</i>
Los participantes pueden llegar a sentirse incómodos al momento de hablar con la investigadora ya que pueden recordar su fobia, para minimizar este impacto la investigadora será empática y validará las emociones de los infantes constantemente	
<b>Beneficios para los participantes</b>	<i>Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán</i>
Los participantes recibirán 25 dólares por participar en la investigación, así mismo, podrán conocer más sobre como la fobia específica impacta en su vida y como su recuperación a sido un factor positivo	
<b>Ventajas potenciales a la sociedad</b>	<i>Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso</i>
La principal ventaja es que al conocer la perspectiva de los infantes acerca de lo que influye en su recuperación, se pueden aplicar esto para otros casos de niños que tenga el mismo trastorno para remitir síntomas	
<b>Derechos y opciones de los participantes del estudio</b>	<i>Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.</i>
Durante la investigación, los infantes y sus padres pueden negarse a continuar con el estudio y pueden retirarse libremente.	
<b>Seguridad y Confidencialidad de los datos</b>	<i>Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes</i>
En el presente estudio se toman en cuenta todas las consideraciones del Código de Ética APA para de esta manera proteger los derechos de los participantes. Se firmará un consentimiento informado al principio del estudio y se tomarán en cuenta los códigos de ética aplicados a la investigación	
<b>Consentimiento informado</b>	<i>Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario</i>
Al principio del estudio todos los participantes y sus padres firmarán el consentimiento informado en donde se explica el objetivo y proceso de la investigación.	
<b>Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.</b>	
El investigador en todo momento se regirá al código de ética APA protegiendo los derechos de cada participante	

Documentos que se adjuntan a esta solicitud (ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)		
Nombre del documento	Adjunto	Idioma
		Inglés    Español
PARA TODO ESTUDIO		

PROVISIONES ESPECIALES	
Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, seguros de incapacidad o muerte, entre otros.	

[illegible]

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos.                      Sí ( x )                      No ( )
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis.                      Sí ( x )                      No ( )  
No Aplica ( )

**Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ:** \_\_\_\_\_

## ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



### Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Factores percibidos en niños para la remisión de síntomas de fobia específica

**Organización del investigador:** Universidad San Francisco de Quito

**Nombre del investigador principal:** María Alejandra Sánchez Torres

**Datos de localización del investigador principal:** 0998324998,  
alesanchez123@hotmail.com

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción** (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre los factores de éxito percibidos para la recuperación de la fobia específica porque está dentro del rango de edad establecido (9 a 12 años) y fue diagnosticado con fobia específica

**Propósito del estudio** (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El propósito de esta investigación es conocer los factores que los infantes han percibido que influenciaron en la remisión de síntomas de su trastorno de fobia específica. Los participantes serán 8 infantes de 9 a 12 años de edad que se encuentran en remisión de síntomas por un año o mas

**Descripción de los procedimientos** (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Primeramente, se reclutarán a los participantes y se les hará firmar en consentimiento informado. Segundo, se realizará una entrevista semi estructurada de 19 preguntas a cada infante. Tercero, se hará un análisis de datos cualitativo para obtener la información. Cuarto, se evaluarán los factores principales y secundarios que han sido expuestos por los participantes. Finalmente, se informará a los participantes los resultados obtenidos.

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Un riesgo es que los infantes se sientan incómodos respondiendo las preguntas de la entrevista ya que pueden recordar momentos que fueron conflictivos para ellos. Sin embargo, la investigadora será empática y validará constantemente los sentimientos de los participantes

**Confidencialidad de los datos** (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y \_\_\_\_\_ tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

**Derechos y opciones del participante** (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono \_\_0998324998\_\_ que pertenece a \_\_\_\_Alejandra Sanchez\_\_\_\_, o envíe un correo electrónico a \_\_\_\_alesanchez123@hotmail.com\_\_\_\_

**Consentimiento informado** (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieron el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec



Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

**ANEXO C: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES**

Carta al colegio:

26 de octubre de 2017

Universidad San Francisco de Quito

Quito,

Cordial Saludo, Señor Director NN del Colegio NN

Alejandra Sánchez, estudiante de quinto año de psicología clínica de la Universidad San Francisco de Quito me dirijo a usted puesto que me encuentro realizando un proyecto de investigación. La finalidad del estudio es analizar los factores que los niños de 9 a 12 años de la ciudad de Quito con un trastorno de fobia específica han percibido como influyentes para su recuperación. Por lo tanto, solicito cordialmente se me permita publicar en el colegio anuncios para reclutar a los participantes.

Agradeciendo de antemano su atención a mi solicitud.

Atentamente,

Alejandra Sánchez.

**ANEXO D: ANUNCIO PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES**

Se solicita infantes de 9 a 12 años de edad que quieran participar en una investigación de psicología

Valor recompensa por participar: \$25

**REQUISITOS DE PARTICIPACION:**

- Tener de 9 a 12 años de edad
- Haber tenido un diagnóstico de fobia específica

\*\*\*Cualquier información comunicarse al teléfono: 0998344997\*\*\*

## ANEXO E: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACION

**Por favor responda de forma honesta a las siguientes preguntas.** Las respuestas serán anónimas y se respetará la confidencialidad.

Numero de participante:

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

1. ¿En qué consistió tu tratamiento para superar la fobia?
2. ¿En qué parte del tratamiento comenzaste a notar que tenías menos temor?, ¿Qué es lo que estaba ocurriendo?
3. ¿Cuáles consideras que fueron los eventos importantes que contribuyeron con tu recuperación?
4. ¿Qué estaba pasando en tu vida cuando te diste cuenta que tu fobia empezó a mejorar?
5. ¿Qué estaba pasando cuando notaste que tus síntomas comenzaron a desaparecer?
6. ¿Cómo ha cambiado tu forma de relacionarte con el estímulo que antes de daba miedo?
7. ¿Cómo describirías el ya no tener miedo hacia el estímulo que antes te resultaba fóbico?
8. ¿Qué cosas dentro de ti piensas que te ayudaron para ahora estar recuperado?
9. ¿Qué acontecimientos o experiencias de tu vida puedes relacionar con que ahora ya no tengas temor?
10. ¿Cómo crees que tu familia pudo contribuir con tu recuperación?
11. ¿Qué papel han jugado otras personas en tu vida para tu recuperación?
12. ¿Qué papel jugó la medicina en tu recuperación?
13. ¿Piensas que el exponerte poco a poco al estímulo fóbico te pudo haber ayudado a ya no tenerle miedo? Amplia tu respuesta
14. ¿Cuál piensas que es la terapia que más te ayudo a perder el miedo?
15. ¿Cómo has manejado las situaciones en las que te expones al estímulo fóbico, a comparación de antes de la terapia?
16. Desde que dejaste de tener fobia, ¿qué ha cambiado en tu vida?
17. ¿Qué factor piensas fue determinante en mantener el tratamiento?
18. Teniendo en cuenta lo que has aprendido desde tu recuperación, ¿qué le diría a otro niño que está luchando con el mismo problema?
19. ¿Tienes algo más que me puedas mencionar sobre tu recuperación?